

HOSPITAL
NACIONAL DE NIÑOS
BENJAMIN BLOOM



Plan Operativo Anual 2023

San Salvador, diciembre de 2022

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: <https://www.transparencia.gob.sv/institutions/h-bloom/documents/plan-operativo-anual>

Edición y Distribución.

Hospital Nacional de Niños “Benjamín Bloom”

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

Teléfono: 2225- 4114 o 2133-3100

Página oficial: www.hospitalbloom.gob.sv

Plan Anual Operativo 2023

Hospital Nacional de Niños “Benjamín Bloom”

San Salvador, El Salvador, C.A.

| INDICE | |
|---|----------------|
| CONTENIDO | PAGINAS |
| Datos Generales del Hospital | 4 |
| Denominación, Naturaleza y Funciones | 4 |
| 1. Misión del Hospital | 5 |
| 2. Visión Hospital | 5 |
| 3. Objetivos del Hospital | 5 |
| 4. Funciones del Hospital | 6 |
| Introducción | 7 |
| I. Diagnóstico Situacional del Hospital y su Entorno | 8 |
| 1. Análisis de la Demanda de Salud | 8 |
| A. Características de la Población | 8 |
| a. Estructura y Pirámide Poblacional | 12 |
| b. Análisis del Crecimiento o disminución poblacional en los últimos 5 años | 14 |
| c. Proporción poblacional que cuenta con el beneficio de aseguramiento público en salud | 16 |
| B. Situación de Salud | 17 |
| a. Tendencias de la Producción Primaria | 17 |
| b. Análisis de Morbilidad y Mortalidad | 19 |
| c. Enfermedades Transmisibles | 25 |
| d. Zoonosis | 26 |
| e. Enfermedades Crónicas No Transmisibles | 27 |
| f. Lesiones de Causa Externa | 28 |
| g. Tiempos de Espera durante el año 2021 | 28 |
| C. Análisis Comparativo del Cumplimiento de Metas del POAI 2021 | 31 |
| 2. Análisis de la Oferta de Salud | 35 |
| A. Organigrama | 36 |
| B. Oferta de Servicios | 37 |
| C. Análisis de la Capacidad Instalada | 38 |
| D. Análisis de Capacidad Residual | 42 |
| E. Capacidad Instalada Proyectada 2022 | 45 |
| F. Estándares de Infraestructura 2022 | 49 |
| G. Estructura del Talento Humano | 51 |

| INDICE | |
|---|----------------|
| CONTENIDO | PAGINAS |
| H. Medicamentos e Insumos Médicos | 57 |
| I. Equipamiento de los Servicios | 58 |
| J. Condiciones de la Planta Física e Infraestructura | 59 |
| K. Sistemas Informáticos y Comunicaciones | 63 |
| L. Situación Financiera | 66 |
| M. Gestión de la Calidad | 68 |
| N. Cumplimiento de la Programación de Actividades de Gestión 2021 | 72 |
| O. Análisis de los resultados de los Indicadores de Gestión 2021 | 75 |
| 3. Análisis FODA | 80 |
| 4. Identificación y Priorización de Problemas y/o necesidades | 86 |
| II. Valoración de Riesgos 2022 | 95 |
| III. Objetivos y Resultados Esperados del Plan Anual Operativo 2022 | 102 |
| IV. Programación de Actividades de Gestión 2022 | 103 |
| V. Programación de Actividades Asistenciales 2022 | 114 |
| VI. Programación de Resultados Esperados de los Indicadores de Gestión 2022 | 118 |
| VII. Posibles Obstáculos para alcanzar las Metas Esperadas | 119 |

DATOS GENERALES DEL HOSPITAL

Nombre del Hospital: Hospital Nacional de Niños “Benjamín Bloom”

Dirección: 27 calle Poniente entre Final 25 Avenida Norte y Boulevard de Los Héroes, San Salvador.

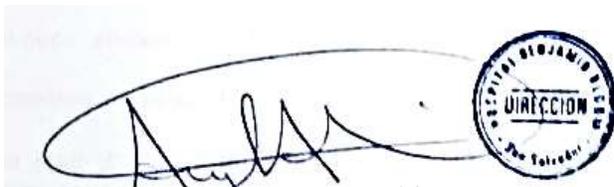
Teléfono: Dirección.: 2133-3222
Conmutador: 2225-4114 y 2133-3100

Fax: 2133-3223

E-mail: direccion.hnbb@salud.gob.sv

Nombre del Director: Dr. Angel Ernesto Alvarado Rodríguez

Fecha de aprobación POAI 2023: 08 de diciembre de 2022



Dr. Ángel Ernesto Alvarado Rodríguez
Director del HNNBB



Dra. Carmen Guadalupe Melara de García
Coordinadora de la Dirección Nacional de Hospitales

Denominación, Naturaleza y Funciones

1. Misión del HNNBB¹

Somos un Hospital público de referencia que brinda a la población pediátrica, servicios de salud especializados de alta complejidad, con un equipo humano competente y comprometido con el desarrollo de una gestión eficiente, basada en valores y en la satisfacción del usuario, para mejorar la calidad del curso de vida de la población infantil.^{1/}

2. Visión del HNNBB²

Ser el Instituto de Pediatría Nacional, líder en atención especializada de alta complejidad, enfocado desde la primera infancia hasta la adolescencia, y centrada en el usuario, con un equipo humano altamente calificado y comprometido con la calidad, seguridad del paciente e investigación basada en evidencia, con enfoque en el curso de vida. ^{1/}

3. Objetivos del Hospital ³

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.

¹ Plan Estratégico Institucional 2022-2025 del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom

² Plan Estratégico Institucional 2022-2025 del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom

³ Manual de Organización Especifico del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, 2013

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.

4. Funciones Principales del Hospital ⁴

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

⁴ Manual de Organización Especifico del Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, 2013

Introducción

Con base a la disposiciones legales y normativas emanadas del Ministerio de Salud y apegados al Plan de Desarrollo del Gobierno: Plan Cuscatlán, Plan Estratégico Institucional del Ministerio de Salud 2021-2021, Lineamientos para la elaboración del POAI 2021, Plan Anual Operativo del Ministerio de Salud y atendiendo las instrucciones y recomendaciones Dirección de Planificación y de la Dirección Nacional de Hospitales del Ministerio de Salud, el Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom realiza y presenta el Plan Operativo Anual Institucional 2023 (POAI 2023).

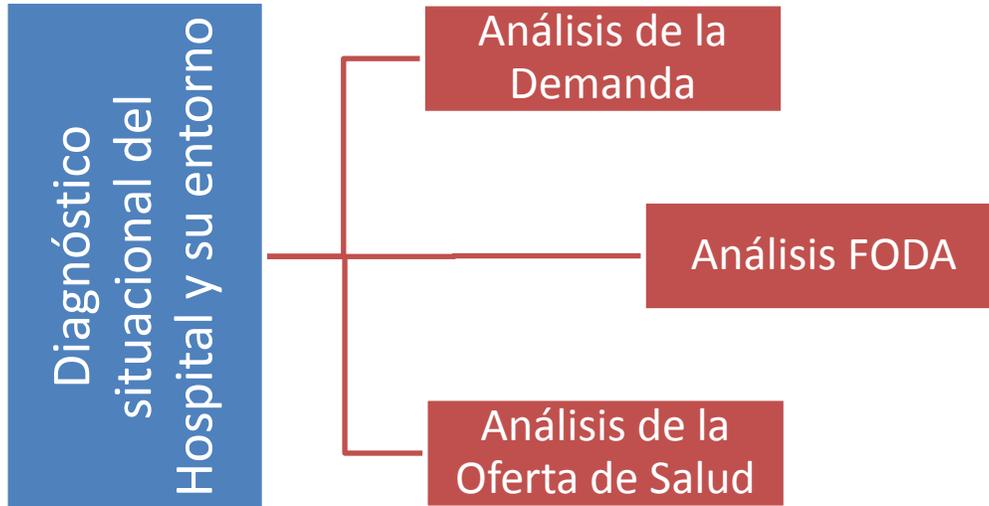
El PAOI 2023, es un documento de gestión administrativa de corto plazo, una herramienta que permite concretar y facilitar la implementación de las prioridades contenidas en el Plan Estratégico Institucional y que es importante para la gestión, porque permite y facilita la ejecución del plan, el seguimiento al cumplimiento de las actividades, la administración eficaz de los recursos y la adecuada ejecución del presupuesto.

El POAI del HNNBB 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 el logro de los resultados estratégicos y 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 y que dan respuesta a las necesidades y expectativas de nuestros usuarios.

En la formulación se ha considerado orientar el proceso para el mejoramiento de la gestión a través del planteamiento de actividades, 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 considerando la situaciones que se presentan, el modelo de gestión desarrollado y la asignación presupuestaria buscan mantener el funcionamiento normal del Hospital, con entusiasmo y participación activa, proporcionado los insumos, información, análisis y recomendaciones en el proceso de elaboración del documento y su posterior seguimiento y evaluación.

I. Diagnóstico Situacional del Hospital y su Entorno



Un elemento importante para definir las actividades a realizar en el 2023, es realización de la evaluación y diagnóstico de la Situación Actual del Hospital, cuyos resultados son los que se detallan a continuación y en el cual se ha realizado el Análisis de la Demanda y Oferta, y el análisis de fortalezas, oportunidades y amenaza que afronta el Hospital.

1. Análisis de la Demanda de Salud

A. Características de la Población

El Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, es un hospital de Referencia especializado y que proporciona atención de tercer nivel, por lo que su oferta de servicios se concentra en atenciones de Hospitalización en los servicios 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: Servicio 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, 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, Belice.

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, por lo que al evaluar la información sobre pacientes atendidos se evidencia la alta demanda de pacientes en la emergencia, Hospitalización y Consulta externa, pero que en muchos casos no corresponden al nivel de atención y hay períodos en el año que se sobrepasa la capacidad instalada, de ahí la importancia de realizar el monitoreo y seguimiento de las 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 realizar la revisión de los datos de la población atendida, se evidencia que está tiene características propias, las cuales permiten determinar hacia donde deben enfocar sus esfuerzos el Hospital, no solo por las necesidad de atención especializada de los usuarios sino principalmente por la complejidad de las patologías que presenta el mayor número de pacientes, lo cual obliga a revisar el grado de tecnología necesario que permita diagnosticar con mayor precisión y oportunidad la enfermedad y establecer los tratamientos que satisfagan la necesidad de salud de la población infantil.

Un elemento importante en el análisis es tener presente que desde el mes de marzo de 2020 el país se vio ha afectado por la epidemia de COVID 19, la cual se prolongó hasta los primeros meses y del 2021; esta situación tuvo una gran influencia en el número de pacientes atendidos en Consulta Externa, Emergencia y hospitalización. Luego de la pandemia Covid-19, al normalizarse la atención se ha podido determinar que de los pacientes atendidos en el Hospital un 35% consultaron por primera vez en el Hospital, es decir fueron nuevos pacientes a quienes se les apertura expediente.

En las tablas siguientes se observa la caracterización de forma general de la población atendida en el HNNBB, de enero a diciembre del 2021, 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**

| Atención Ambulatoria Primera vez + Subsecuente, De enero a diciembre de 2021 | | | | |
|---|---------------------------|-------------------|--------------------------------|-------------------|
| EDAD | Consultas Externas | | Consultas de Emergencia | |
| | NUMERO | PORCENTAJE | NUMERO | PORCENTAJE |
| MENOR 1 AÑO | 12,705 | 11 | 2,947 | 13 |
| 1 A 4 AÑOS | 28,980 | 25 | 8,416 | 36 |
| 5 A 9 AÑOS | 35,905 | 31 | 7,744 | 33 |
| 10 A 14 AÑOS | 25,542 | 22 | 3,319 | 14 |

| Atención Ambulatoria Primera vez + Subsecuente, De enero a diciembre de 2021 | | | | |
|---|---------------------------|-------------------|--------------------------------|-------------------|
| EDAD | Consultas Externas | | Consultas de Emergencia | |
| | NUMERO | PORCENTAJE | NUMERO | PORCENTAJE |
| 15 A 19 AÑOS | 12,662 | 11 | 723 | 3 |
| TOTAL | 115,794 | 100 | 23,149 | 100 |
| Fuente: SIMMOW | | | | |

El cuadro anterior refleja que el 36% 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 (31%), para realizar una mejor caracterización de las atenciones debe revisarse la morbilidad y así determinar qué 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 (67%), 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**

| Atención Ambulatoria De enero a diciembre de 2021 | | | | |
|--|---------------------------|-------------------|--------------------------------|-------------------|
| SEXO | Consultas Externas | | Consultas de Emergencia | |
| | NUMERO | PORCENTAJE | NUMERO | PORCENTAJE |
| MASCULINO | 62,722 | 54 | 13,322 | 57 |
| FEMENINO | 53,028 | 46 | 9,827 | 43 |
| TOTAL | 115,794 | 100 | 23,149 | 100 |

Fuente: SIMMOW

Al revisar la atención por sexo, se evidencia que, tanto en la Emergencia como en la Consulta Externa, las atenciones al sexo masculino son un poco mayor que el sexo femenino en un promedio del 55% en consulta externa y un 57% en emergencia, es decir que las atenciones al sexo masculino representan un poco más del 56% de las atenciones.

➤ **Pacientes por procedencia**

| Atención Ambulatoria De enero a diciembre de 2021 | | | | |
|--|---------------------------|-------------------|--------------------------------|-------------------|
| SEXO | Consultas Externas | | Consultas de Emergencia | |
| | NUMERO | PORCENTAJE | NUMERO | PORCENTAJE |
| URBANO | 81,657 | 71 | 17,010 | 73 |
| RURAL | 34,137 | 29 | 6,139 | 27 |
| TOTAL | 115,794 | 100 | 23,149 | 100 |

Fuente: SIMMOW

Por la ubicación geográfica del hospital, provienen del área urbana a Consulta Externa un 71%, y a Emergencia un 73%, lo cual evidencia que del área rural solo se atendió un 29% en la

Consulta Externa y un 27% en Emergencia, estos datos deberán revisarse a fin de evaluar si responden al funcionamiento de la RISS y a la demanda de la población.

En el Hospital a efecto de poder completar el análisis se revisó la distribución por departamento de procedencia, en el cuadro siguiente:

➤ **Pacientes por ubicación geográfica**

| POR UBICACIÓN GEOGRAFICA PRIMERA VEZ + SUBSECUENTE | | | | |
|--|------------------------|------------|------------------|------------|
| De enero a diciembre de 2021 | | | | |
| DEPARTAMENTO | CONSULTA DE EMERGENCIA | | CONSULTA EXTERNA | |
| | NUMERO | PORCENTAJE | NUMERO | PORCENTAJE |
| San Salvador | 12,875 | 55.62% | 45,536 | 39.33% |
| La Libertad | 2,500 | 10.80% | 13,595 | 11.74% |
| La Paz | 1,656 | 7.15% | 8,434 | 7.28% |
| Sonsonate | 1,042 | 4.50% | 7,977 | 6.89% |
| Cuscatlán | 936 | 4.04% | 6,584 | 5.69% |
| Santa Ana | 697 | 3.01% | 6,002 | 5.18% |
| Chalatenango | 645 | 2.79% | 4,425 | 3.82% |
| San Vicente | 575 | 2.48% | 3,997 | 3.45% |
| Cabañas | 533 | 2.30% | 3,988 | 3.44% |
| Usulután | 512 | 2.21% | 3,973 | 3.43% |
| San Miguel | 391 | 1.69% | 3,816 | 3.30% |
| Ahuachapán | 377 | 1.63% | 3,750 | 3.24% |
| La Unión | 209 | 0.90% | 2,002 | 1.73% |
| Morazán | 127 | 0.55% | 1,291 | 1.11% |
| Honduras | 72 | 0.31% | 350 | 0.30% |
| Guatemala | 2 | 0.01% | 57 | 0.05% |
| Panamá | 0 | 0.00% | 12 | 0.01% |
| Otros países | 0 | 0.00% | 5 | 0.00% |
| Total | 23,149 | 100.00% | 115,794 | 100.00% |
| Fuente: SIMMOW | | | | |

El cuadro muestra que, en la Consulta Externa, el 39.33% de los pacientes atendidos provienen del Departamento de San Salvador, el 11.74 % de la Libertad, y 7.28% 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 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

Población Proyectada o Esperada para el 2023.

Para definir la población a atender por el Hospital se consideran dos conceptos una el de la población de responsabilidad y otro el de la población de responsabilidad esperada.

La población de responsabilidad esperada se ha establecido tomando en cuenta la naturaleza y origen de fundación del Hospital, el artículo 3 de la LEPINA y los lineamientos de categorización de Hospitales (página 13), por lo que el Hospital brinda atención a la población de cero a doce años y en algunas sub especialidades hasta los 18 años a aquellos pacientes con enfermedades crónicas incluidos en los programas asistenciales establecidos.

La población esperada para el Hospital es la porción de la población potencial a atender, la cual para el 2023 se ha calculado de acuerdo a los pasos siguientes:

1. Con base a los datos del Censo de Población, de la Dirección General de Estadística y Censo (DIGESTYC) 2015-2025, los cuales son proporcionados al Hospital por la Unidad de Estadística del MINSAL, clasificados por 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 nos da la población esperada del 2023.

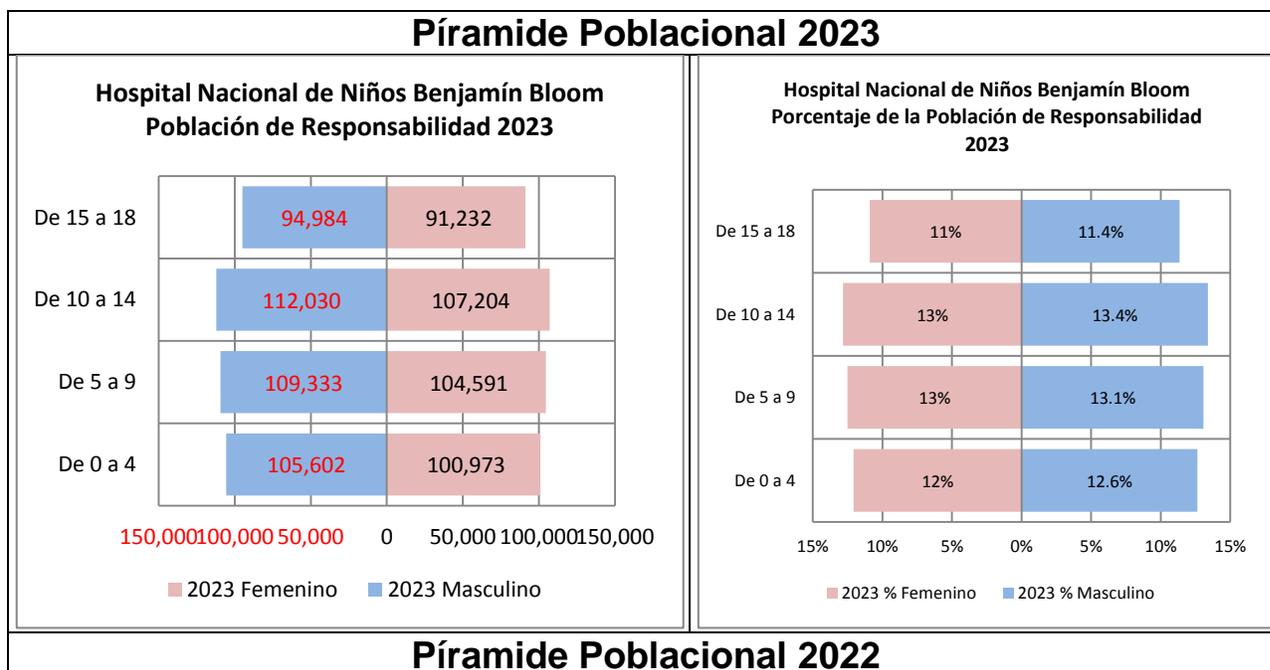
La población esperada para el 2023 comparada con el 2022, se muestra en el cuadro siguiente:

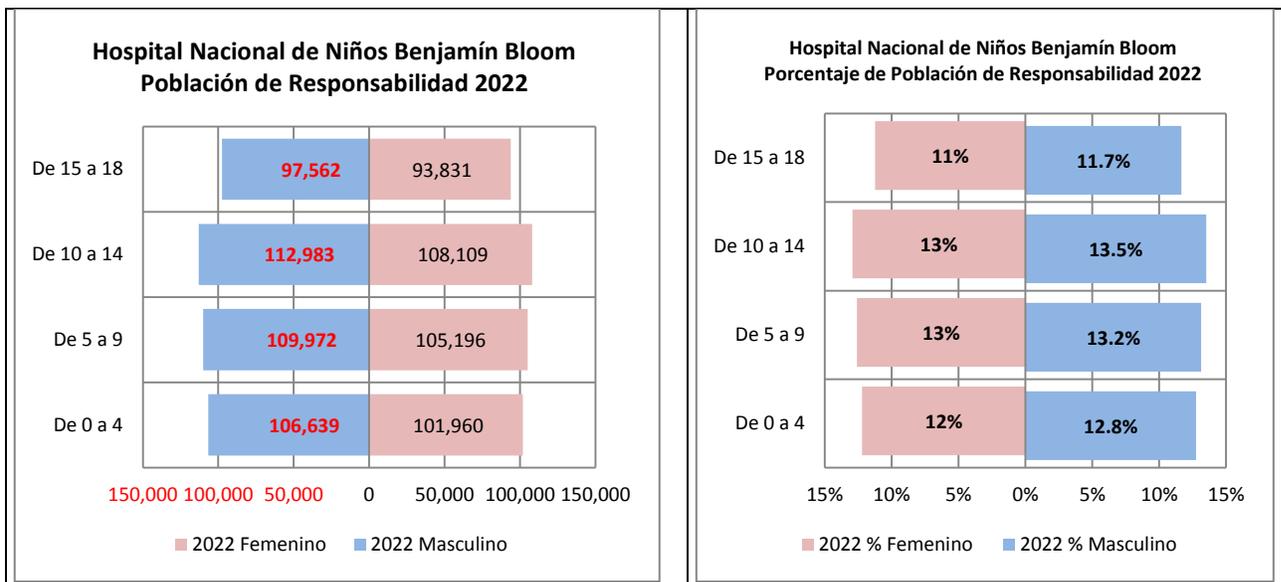
| Años | Identificación por Sexo | Rangos de Edad | | | | | | | | |
|------|-------------------------|----------------|--------|--------|--------|--------|------------|--------------|--------------|---------|
| | | 0 años | 1 año | 2 años | 3 años | 4 años | 5 a 9 años | 10 a 14 años | 15 a 19 años | Total |
| 2022 | Masculino | 21,639 | 21,721 | 21,856 | 21,978 | 22,090 | 111,911 | 118,583 | 104,033 | 443,811 |
| | Femenino | 20,661 | 20,773 | 20,904 | 21,023 | 21,128 | 107,025 | 113,326 | 100,630 | 425,470 |
| | Total | 42,300 | 42,494 | 42,760 | 43,001 | 43,218 | 218,936 | 231,909 | 204,663 | 869,281 |
| 2023 | Masculino | 20,759 | 20,901 | 21,123 | 21,321 | 21,498 | 109,333 | 112,030 | 94,984 | 421,948 |
| | Femenino | 19,828 | 19,989 | 20,202 | 20,390 | 20,564 | 104,591 | 107,204 | 91,232 | 404,000 |
| | Total | 40,587 | 40,890 | 41,325 | 41,711 | 42,062 | 213,924 | 219,234 | 186,216 | 825,948 |

Fuente: Unidad de Planificación del HNNBB

Como se muestra en los datos Poblacionales 2022-2023, se puede evidenciar que la población esperada en relación con su distribución por sexo y edad del 2023 muestra una disminución del 1.2% en relación a la del 2022. Se visualiza en el cuadro que la población de 5 a 14 años es el 52% de la población pediátrica nacional, con predominio del género masculino y si incluimos la edad de 14 hasta los 18, la población potencial será mayor pues representa el 75% de la población esperada siempre con predominio del sexo masculino.

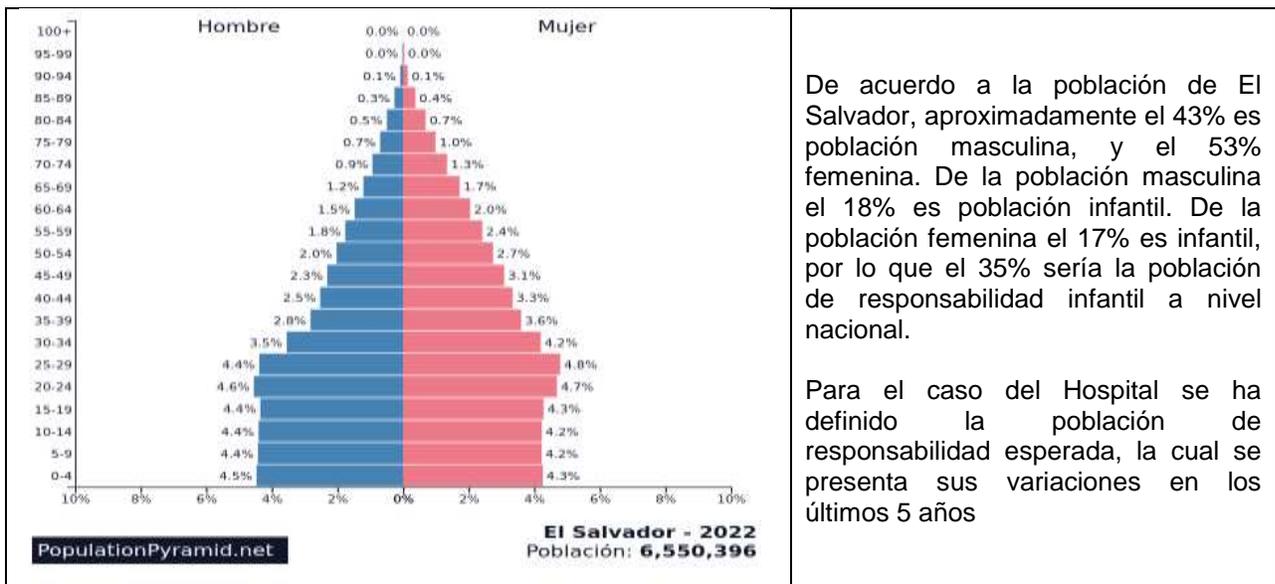
En términos generales al comparar el porcentaje de población del 2022 en relación al 2023, tal como se evidencia en las pirámides poblacionales, el porcentaje de población casi es el mismo, pero en los rangos de edad se pueden evidenciar variaciones, que aunque son mínimas, es necesario revisar a fin de realizar una evaluación objetiva de la categorización de la población blanco del Hospital.





b. Análisis del Crecimiento o Disminución poblacional en los últimos 5 años

➤ Pirámide poblacional estimada de El Salvador

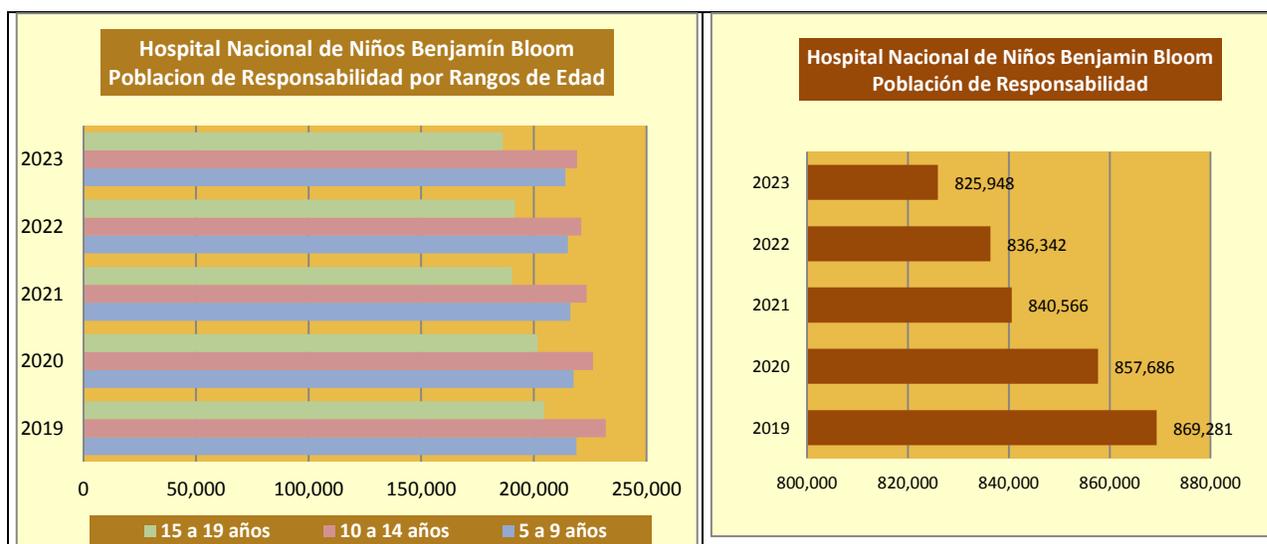


➤ Población del HNNBB en los últimos 5 años

| Años | Identificación por Sexo | Rangos de Edad | | | | | | | | |
|------|-------------------------|----------------|--------|--------|--------|--------|------------|--------------|--------------|----------------|
| | | 0 años | 1 año | 2 años | 3 años | 4 años | 5 a 9 años | 10 a 14 años | 15 a 19 años | Total |
| 2019 | Masculino | 21,639 | 21,721 | 21,856 | 21,978 | 22,090 | 111,911 | 118,583 | 104,033 | 443,811 |
| | Femenino | 20,661 | 20,773 | 20,904 | 21,023 | 21,128 | 107,025 | 113,326 | 100,630 | 425,470 |

| Años | Identificación por Sexo | Rangos de Edad | | | | | | | | Total |
|------|-------------------------|----------------|--------|--------|--------|--------|------------|--------------|--------------|----------------|
| | | 0 años | 1 año | 2 años | 3 años | 4 años | 5 a 9 años | 10 a 14 años | 15 a 19 años | |
| | Total | 42,300 | 42,494 | 42,760 | 43,001 | 43,218 | 218,936 | 231,909 | 204,663 | 869,281 |
| 2020 | Masculino | 21,441 | 21,549 | 21,700 | 21,838 | 21,961 | 111,217 | 115,628 | 102,639 | 437,973 |
| | Femenino | 20,472 | 20,610 | 20,753 | 20,889 | 21,007 | 106,367 | 110,631 | 98,984 | 419,713 |
| | Total | 41,913 | 42,159 | 42,453 | 42,727 | 42,968 | 217,584 | 226,259 | 201,623 | 857,686 |
| 2021 | Masculino | 21,223 | 21,357 | 21,529 | 21,683 | 21,822 | 110,469 | 114,175 | 100,168 | 432,426 |
| | Femenino | 20,267 | 20,422 | 20,590 | 20,739 | 20,875 | 105,777 | 109,244 | 90,226 | 408,140 |
| | Total | 41,490 | 41,779 | 42,119 | 42,422 | 42,697 | 216,246 | 223,419 | 190,394 | 840,566 |
| 2022 | Masculino | 20,980 | 21,142 | 21,337 | 21,512 | 21,668 | 109,972 | 112,983 | 97,652 | 427,246 |
| | Femenino | 20,035 | 20,220 | 20,403 | 20,576 | 20,726 | 105,196 | 108,109 | 93,831 | 409,096 |
| | Total | 41,015 | 41,362 | 41,740 | 42,088 | 42,394 | 215,168 | 221,092 | 191,483 | 836,342 |
| 2023 | Masculino | 20,759 | 20,901 | 21,123 | 21,321 | 21,498 | 109,333 | 112,030 | 94,984 | 421,948 |
| | Femenino | 19,828 | 19,989 | 20,202 | 20,390 | 20,564 | 104,591 | 107,204 | 91,232 | 404,000 |
| | Total | 40,587 | 40,890 | 41,325 | 41,711 | 42,062 | 213,924 | 219,234 | 186,216 | 825,948 |

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.



Según las proyecciones de población DIGESTYC 2019 a 2023, la población de responsabilidad ha ido disminuyendo hasta llegar en año 2023 en un 4%, esto puede deberse a la migración, violencia, posiblemente disminución en nacimiento o efecto de COVID 19, está clara la necesidad de un nuevo Censo poblacional Nacional para ver con que población estamos

trabajando. Para efectos de comparación se evidencia en la gráfica que la población de responsabilidad del Hospital para el 2022 es de 836,342, de las cuales se estima que 404,000 niñas lo cual representa el 48.9% y 421,948 niños que represente el 51.1%.

c. Proporción poblacional que cuenta con el beneficio de aseguramiento público en salud (ISSS, COSAM, ISBM)

En relación a los pacientes que cuentan con aseguramiento en salud, el Hospital registró en el Sistema de Admisión de Pacientes, en el año 2019 a 16,331 pacientes asegurados, de los cuales el 73% son asegurados del ISSS y el 27% de BM. En el 2020, el total de pacientes registrados con aseguramiento fueron de 9,329 de los cuales el 84% están asegurados en el ISSS y el 16% en BM.

De estos pacientes registrados a la hora de ser atendidos no se considera si son asegurados o no, puesto que todos se atienden por igual, a excepción de los pacientes de Bienestar Magisterial, que dado el convenio reciben la atención en un servicio específico, y los cuales representan el 7% de los egresos Hospitalarios.

De acuerdo a los Registro de Trabajo Social en el Hospital las atenciones a los pacientes del ISSS son las descritas en el cuadro siguiente.

| ATENCION DE PACIENTES DEL ISSS | | | |
|---------------------------------------|--------------|--------------|--------------|
| Tipo de Atención | 2019 | 2020 | 2021 |
| Consulta Pediatría General (CG) | 236 | 49 | 188 |
| Consulta de Especialidades (CE) | 3,057 | 711 | 1,201 |
| Emergencias (EM) | 103 | 42 | 35 |
| Hospitalización (EG) | 704 | 492 | 479 |
| Total | 4,100 | 1,294 | 1,903 |

De lo datos presentados se puede evidenciar que en el 2019, los paciente del ISSS atendidos en Hospitalización representan el 35%, en el 2020, el 14% y lo que va a octubre del 2021 el 27%.

| Atenciones de BM | | | | |
|-------------------------|-------------|-------------|-------------|------------------------------|
| Tipo de Atención | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 (Ene-Agosto) |
| Consulta | 5,195 | 1,662 | 2,744 | 2,214 |
| Hospitalización (EG) | 1,007 | 469 | 599 | 451 |

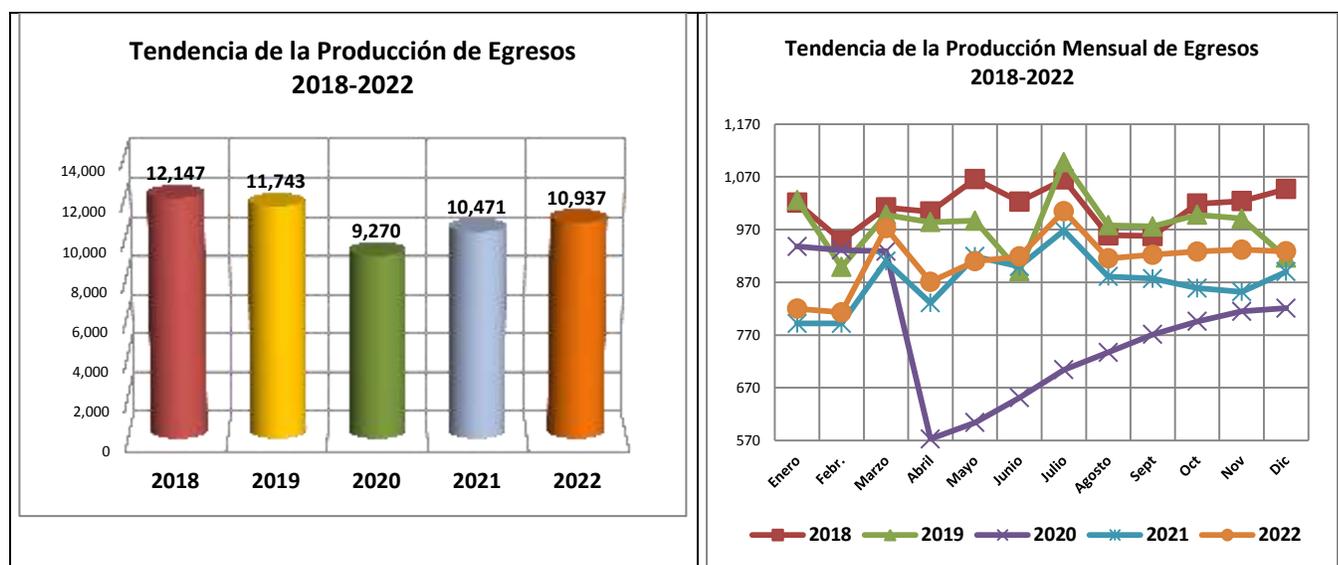
B. Situación de Salud

a. Tendencias de Producción Primaria

(Egresos, Consultas de Especialidades de Consulta Externa, Emergencia)

| Tendencia de Producción de Egresos Anual 2018 - 2022 | | | | | | | | | | | | | |
|--|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|------|-------|-------|-------|--------|
| | Enero | Febr. | Marzo | Abril | Mayo | Junio | Julio | Agosto | Sept | Oct | Nov | Dic | Total |
| 2018 | 1,021 | 949 | 1,012 | 1,004 | 1,066 | 1,023 | 1,065 | 959 | 958 | 1,019 | 1,024 | 1,047 | 12,147 |
| 2019 | 1,026 | 899 | 998 | 984 | 987 | 891 | 1,098 | 978 | 976 | 998 | 991 | 917 | 11,743 |
| 2020 | 938 | 931 | 929 | 573 | 604 | 651 | 704 | 737 | 771 | 796 | 815 | 821 | 9,270 |
| 2021 | 792 | 792 | 910 | 831 | 919 | 900 | 968 | 881 | 877 | 859 | 852 | 890 | 10,471 |
| 2022 | 820 | 813 | 973 | 871 | 910 | 919 | 1,005 | 915 | 922 | 928 | 932 | 929 | 10,937 |

Nota: En el año 2022, la tendencia de la Producción de agosto a diciembre es proyectada en base al promedio de la producción realizada de los años 2018-2021



La tendencia en la producción anual de egresos hospitalarios del 2018 al 2021, muestra un dato promedio de 10,914 pero al excluir el 2020 se tiene un promedio del 11,325. Al comparar los resultados de producción anual de egresos exceptuando el año 2020 por la Pandemia Covid-19, se evidencia en el período evaluado una tendencia a la baja en relación a la producción del 2018 y en relación al promedio una disminución del 9%, sin embargo, si se compara la producción en relación al 2020 es evidente que se va aumentando en un porcentaje menor, lo cual muestra que la demanda de la atención Hospitalaria se va normalizando. No obstante, vale la pena el análisis año con año, así vemos que en las tendencias de los años presentados del 2019 en relación al 2018 se tuvo una disminución del 3% y del 2020 en relación al 2019 una disminución del 21%, lo cual muestra la afectación del Covid-19, ya del 2021 en relación al 2020 se tuvo una elevación del 13%, pero del 2022 en relación al 2021 se estima un incremento solo del 4%, dado que la Dotación de Camas aún contempla la atención de Covid-19 y disminución para las sub especialidades por la limitantes del espacio físico.

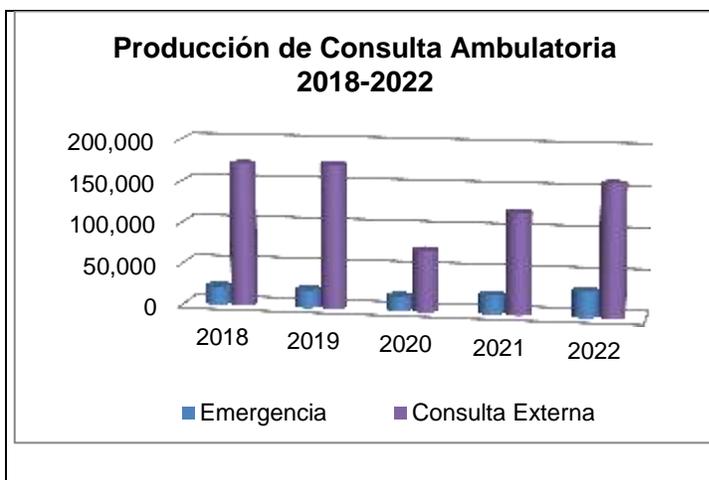
Otro aspecto importante al analizar la tendencia general de la disminución de egresos, es considerar que está también responde a la disminución de camas censables que se ha venido realizando al interior del Hospital y al incremento en las estancias por la atención de pacientes con patologías crónicas y/o complejas. Al revisar la producción mensual, se observa que se dan algunas variaciones cíclicas, las cuales se pueden presentar considerando las condiciones, medio ambientales o epidemiológicas del momento.

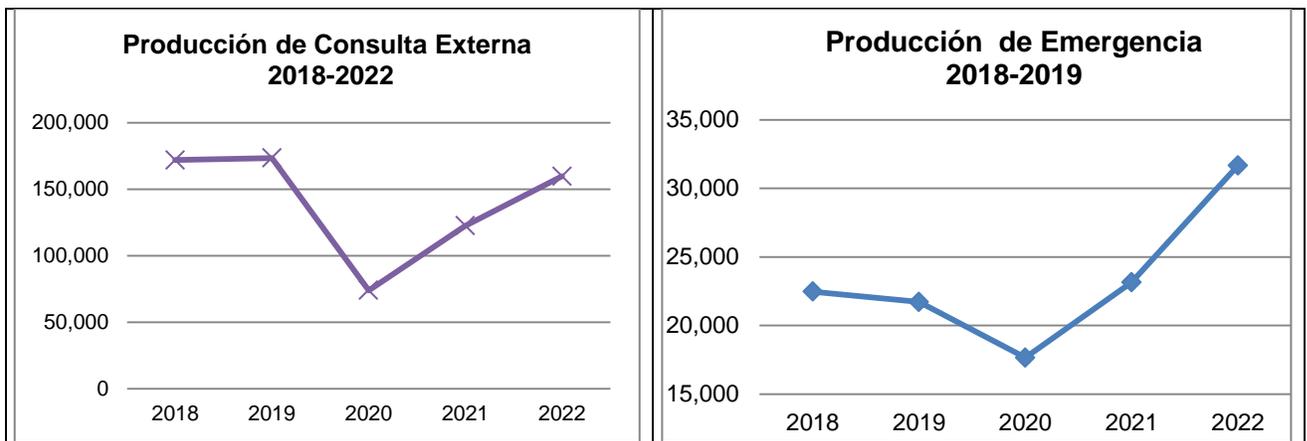
Tendencia de la Producción Ambulatoria

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 2017 al 2021

| Años | Producción Ambulatoria | | | | |
|------|------------------------|------------------|-------------|------------------|---------|
| | Emergencia | Consulta Externa | | | Total |
| | | Primera Vez | Subsecuente | Consulta Externa | Total |
| 2018 | 22,471 | 41,921 | 130,111 | 172,032 | 194,503 |
| 2019 | 21,723 | 44,190 | 129,317 | 173,507 | 195,230 |
| 2020 | 17,658 | 30,141 | 52,062 | 73,943 | 91,601 |
| 2021 | 23,149 | 27,750 | 94,788 | 122,538 | 145,687 |
| 2022 | 27,628 | 52,733 | 107,064 | 159,797 | 191,459 |

Nota: La Producción de Emergencia y Consulta Externa 2022 de los meses de agosto a diciembre es proyectada en función del promedio realizado de enero a julio de 2022.





Al analizar las tendencias de producción de Consulta Externa se evidencia que se tenía una tendencia al alza, la cual se ve disminuida en el 2020 por la Pandemia Covid-19. Los resultados muestran que del 2019 en relación al 2018 se incrementó en un 37%, del 2020 en relación al 2019 la disminución fue del 53%, pero en el 2021 en relación al 2020 el incremento fue del 59.05% y se estima que del 2021 con respecto al 2022 el aumento será del 30.4%; es importante mencionar que la producción 2022 se han incluido las atenciones no médicas. Los resultados muestran que a medida el funcionamiento del Hospital se vuelve normal la tendencia es aumentar pues está marcada por el funcionamiento y el trabajo de coordinación y equipo realizado en la Red de Atención de Hospitales, y a la capacidad instalada y de los recursos humanos disponibles en el Hospital. Por lo tanto se puede concluir que en relación a la producción de Consulta Externa, en el período evaluado, en términos generales, se ha mantenido dentro de los márgenes esperados, con una tendencia a la disminución actual en relación a al período 2018-2019, dado que la producción se ha visto afectada 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 a excepción del año 2020. Cabe destacar que para ampliar la cobertura es indispensable la evaluación del perfil epidemiológico, así como las condiciones ambientales que afectan la atención de consulta y sobre todo la preparación de especialistas que respondan a la demanda creciente de algunas especialidades a fin de dar respuesta a las necesidades de los pacientes.

En relación a la producción de Emergencia a excepción del 2020 la producción es similar, sin embargo para el 2022 de acuerdo a la proyección se espera un incremento esto porque se incluyen las consultas de pacientes que se presentan con procesos gripales sospechosos de covid-19.

b. Análisis de Morbilidad y Mortalidad

En términos generales, el análisis de la morbilidad a morbilidad permite evaluar los datos estadísticos importantes para medir la evolución o retroceso de las enfermedades atendidas en el Hospital y evaluar su importancia sanitaria y determinar las posibles soluciones. El cómputo de la tasa de morbilidad requiere que se especifique el período y el lugar, el análisis permite determinar los distintos atributos y dimensiones del estado de salud y del desempeño del sistema de salud y que, vistos en conjunto, intentan reflejar las causas de morbilidad.

El **análisis de la mortalidad** es uno de los parámetros de calidad asistencial más utilizados desde siempre; la cuantificación de las defunciones hospitalarias, el conocimiento de las causas y su evaluación permiten tomar medidas encaminadas a mejorar la calidad de la asistencia.

Para el análisis de la Morbilidad y mortalidad un importante componente es la información en salud, las cuales para ser generadas se requiere de las estadísticas, las cuales se registran en los Sistema de Información Oficial e 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 exhaustivo de revisión, codificación 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.

La estadística de egresos hospitalarios nos permiten generar **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 principales 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 2017 a julio de 2022, 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. Se puede evidenciar que la principal causas de atención del 2017 al 2022 son las enfermedades del Apéndice, así como que también es la primera causa de egreso, estos 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 adicionales a fin de apoyar el trabajo de red, pero también es indispensable que se realicen por parte del ente normativo acciones que permitan el fortalecimiento y funcionamiento de los otros niveles de atención, a fin de que cada establecimiento proporcione los servicios en función de su nivel de atención. Es importante destacar que el resultado de la primera causa de egreso del Hospital es repetitivo año con año, por lo que 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. El Hospital por su parte ha realizado 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 y la falta de recursos especializado para este tipo de atención den la población infantil. En segundo lugar, de las causas encontramos en 5 años causas oncológicas (Leucemia), luego están las fractura de otros huesos de los miembros y los traumas, y las quemaduras y corrosiones; estas causas deben tener un análisis en relación a las lesiones de causa externa a fin de determinar acciones de intervención preventivo que permitan una reducción para impactar no solo en la salud de la población sino en los costos que implica para todo el sistema de salud.

En términos generales se evidencia que la atención del Hospital es generalmente Quirúrgica 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.

| Primeras Causas de Morbilidad del HNNBB (De enero a julio de 2017 a julio de 2021) | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|
| | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022* |
| 1 | Enfermedades del apéndice | Enfermedades del apéndice | Enfermedades del apéndice | Enfermedades del apéndice | Enfermedades del apéndice | Enfermedades del apéndice |
| 2 | Leucemia (C91-C95) | Leucemia (C91-C95) | Leucemia (C91-C95) | Leucemia (C91-C95) | Leucemia (C91-C95) | Leucemia (C91-C95) |
| 3 | Neumonía | Traumatismo intracraneal | Neumonía | Quemaduras y corrosiones | Fractura de otros huesos de los miembros | Fractura de otros huesos de los miembros |
| 4 | Otras enfermedades Infecciosas intestinales | Neumonía | Quemaduras y corrosiones | Fractura de otros huesos de los miembros | Quemaduras y corrosiones | Quemaduras y corrosiones |
| 5 | Traumatismo intracraneal | Quemaduras y corrosiones | Fractura de otros huesos de los miembros | Neumonía | Otras anemias | Otros traumatismos de regiones especificadas, de múltiples regiones del cuerpo |
| 6 | Quemaduras y corrosiones | Fractura de otros huesos de los miembros | Otras enfermedades Infecciosas intestinales | Otras anemias | Otros traumatismos de regiones especificadas, de múltiples regiones del cuerpo | Otras enfermedades Infecciosas intestinales |
| 7 | Otras anemias | Otras anemias | 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 | Otras malformaciones congénitas del Sistema Digestivo | Neumonía |
| 8 | Otros traumatismos de regiones especificadas, de múltiples regiones del cuerpo | Otros traumatismos de regiones especificadas, de múltiples regiones del cuerpo | Otros traumatismos de regiones especificadas, de múltiples regiones del cuerpo | Traumatismo intracraneal | Malformaciones Congénitas del Sistema Circulatorio | Otras anemias |
| 9 | Fractura de otros huesos de los miembros | Otras enfermedades Infecciosas intestinales | Otras anemias | Otros trastornos respiratorios originados en el período perinatal | Traumatismo intracraneal | Traumatismo intracraneal |
| 10 | Afecciones hemorrágicas y otras enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos | Malformaciones congénitas del sistema circulatorio | Traumatismo intracraneal | Otros traumatismos de regiones especificadas, de múltiples regiones del cuerpo | Otras enfermedades Infecciosas intestinales | Malformaciones congénitas del sistema circulatorio |

*Estos datos están a julio de 2022

Fuente: Unidad de Epidemiología Clínica del HNBB

➤ Análisis de la Mortalidad de Egresos Institucionales

En el cuadro comparativo de los resultados de mortalidad se puede evidenciar que dentro de las primeras causas, en el período evaluado la enfermedad de Apéndice es la primera causa de atención y como segunda causa encontramos la Leucemias, también encontramos en las 10 primeras causas las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas, las representan generalmente el 30% de las muertes, ciertas afecciones en el periodo perinatal, las Neumonías y las 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.

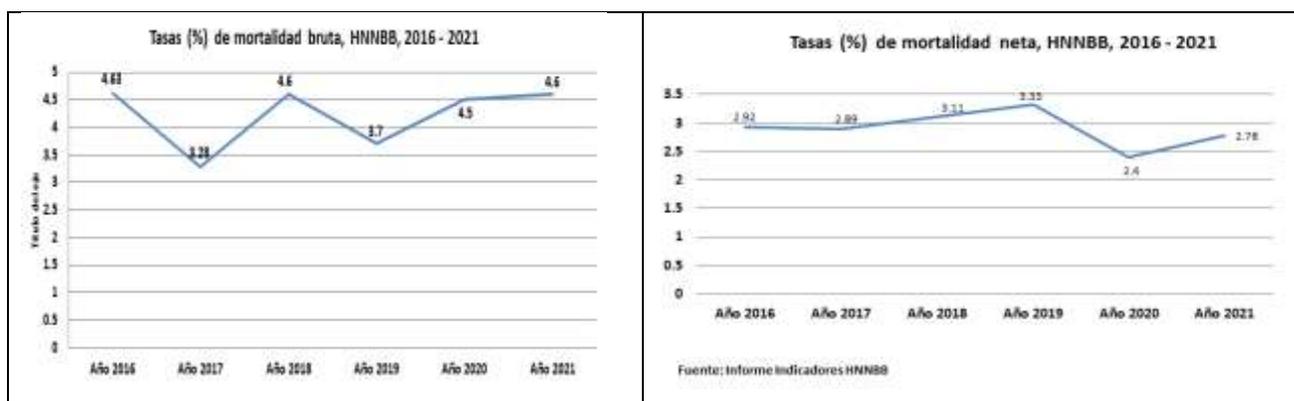
Es importante destacar el perfil de la mortalidad del HNNBB, nos permite analizar con mayor profundidad las principales causas que generan la mortalidad hospitalaria, al realizar la evaluación por grupo de edad se puede determinar que son los niños menores de 5 años donde radica mayor mortalidad y de 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.

| Primeras Causas de Mortalidad del HNNBB (Del 2014 a septiembre de 2020) | | | | | |
|--|--|---|--|--|--|
| N° | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
| 1 | Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas | Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas | Neumonía (J12-J18) | Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas | Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas |
| 2 | Ciertas afecciones originadas en el período perinatal | Neumonía (J12-J18) | Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas | Ciertas afecciones originadas en el período perinatal | Ciertas afecciones originadas en el período perinatal |
| 3 | Neumonía (J12-J18) | Neumonía (J12-J18) Ciertas afecciones originadas en el período perinatal | Ciertas afecciones originadas en el período perinatal | Neumonía (J12-J18) | Neumonía (J12-J18) |
| 4 | Leucemia (C91-C95) | Leucemia (C91-C95) | Leucemia (C91-C95) | Leucemia (C91-C95) | Leucemia (C91-C95) |
| 5 | Resto de Enfermedades del Sistema Digestivo | Diarrea (A02, A04, A07, A08) | Resto de tumores malignos | Diarrea (A02, A04, A07, A08) | Otras enfermedades infecciosas intestinales |
| 6 | Resto de Tumores Malignos | Tumor maligno de los meninges, del encéfalo y de otras partes del sistema de nervioso central | Diarrea (A02, A04, A07, A08) | Insuficiencia Renal (N17-N19) | Resto de Enfermedades del Sistema Digestivo |
| 7 | Otras enfermedades Infecciosas Intestinales ((A01-A08) | Resto de tumores malignos | Resto de Enfermedades del Sistema Digestivo | Covid-19 | Resto de tumores malignos |

| Primeras Causas de Mortalidad del HNNBB (Del 2014 a septiembre de 2020) | | | | | |
|--|---|--|---|---|---|
| N° | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
| 8 | Enfermedades del Hígado | Meningitis | Tumor maligno de los meninges, del encéfalo y de otras partes del sistema de nervioso central | Resto de Enfermedades del Sistema Nervioso | Insuficiencia Renal (N17-N19) |
| 9 | Septicemia | Traumatismo de la Cabeza | Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias | Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias | Tumor maligno de los meninges, del encéfalo y de otras partes del sistema de nervioso central |
| 10 | Tumor maligno de los meninges, del encéfalo y de otras partes del sistema de nervioso central | Resto de Enfermedades del Sistema Nervioso | Enfermedades del Hígado | Resto de Enfermedades del Sistema Respiratorios | Enfermedades del Hígado |

Fuente: Unidad de Epidemiología Clínica del HNBB

En relación a las tasas de mortalidad en el Hospital la tendencia se muestra en los gráficos siguientes y en los cuales se evidencia que la mortalidad bruta en el periodo evaluado oscila entre 4.18 y 3.54, pudiendo observar que durante los tres últimos años la tasa mortalidad intrahospitalaria ha permanecido abajo del 4.6 %. 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 2017 (10%) al 2020 (8%) había disminuido y luego para el 2021 (19%), había tenido un incremento de 11 puntos porcentuales, lo que es en verdad alarmante, a septiembre de 2022 la letalidad es del 18.23%. El otro caso es el de la diarrea, que de una letalidad de un 8% en 2017, para el 2020 (5%)

disminuyo 3 puntos porcentuales, pero lo positivo es que para 2021 (0%) y en el 2022 (4.09), en términos generales ha bajado en promedio 5 puntos porcentuales, lo cual puede indicar que las personas consultan a primer nivel y se les da un manejo adecuado, por lo que no llegan al tercer nivel.

➤ **Morbilidad de Consulta Externa**

| N° | Causa De enero a septiembre | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|----|---|-------|-------|-------|-------|
| 1 | Leucemia Linfoblástica agua | 4,167 | 4,021 | 3,982 | 3,214 |
| 2 | Examen de ojos y de la visión | 1,898 | 469 | 1,043 | 1,750 |
| 3 | Examen de seguimiento consecutivo a cirugía | 1,665 | 454 | 1,370 | 1,292 |
| 4 | Rinitis alérgica no especificada | 3,442 | 847 | 1,050 | 1,203 |
| 5 | Estrabismos concomitante convergente | 1,631 | 381 | 1,034 | 978 |
| 6 | Otras rinitis alérgicas | 0 | 378 | 820 | 967 |
| 7 | Constipación | 1,076 | 0 | 732 | 949 |
| 8 | Pubertad Precoz | 0 | 0 | 0 | 946 |
| 9 | Estado de infección asintomática por el virus VIH | 1,695 | 1,218 | 1,197 | 891 |
| 10 | Perturbación de la actividad y de la atención | 1,838 | 416 | 1,007 | 861 |

Fuente: Unidad de Epidemiología del HHNNBB

Al analizar la morbilidad de Consulta Externa se ha considerado los resultados del 2019-2022, por causa específica. El resultado muestra que dentro de las principales causas de consulta de Externa en primer lugar están las Leucemias, en segundo lugar los exámenes de ojos y de la visión, en tercer lugar el examen de seguimiento consecutivo a cirugía, como cuarta causa la rinitis alérgica. 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.

Se evidencia que los consultorios médicos con más atenciones son Oftalmología, Pediatría General, Otorrino, Endocrinología, Alergología, Ortopedia y Oncología.

Al revisar las causas de referencia en el periodo de enero a junio año 2022 que se presentan en Consulta Externa del Hospital observa una incidencia del 50% de sospechas diagnosticas que no ameritan ser derivadas a tercer nivel de atención. De lo siguiente se puede inferir:

- a) Una probable dificultad para establecer diagnósticos concretos de parte de los médicos referentes.
- b) Un probable incremento en solicitudes espontaneas de referencia.
- c) Notable necesidad de capacitación constante para médicos que se encuentran en las diferentes unidades y centros hospitalarios que les permita diferencia entre las atenciones exclusivas de consulta externa de tercer nivel y aquellas que deben de tener seguimiento en sus respectivos establecimientos.

Con lo anterior podemos concluir que para brindar una atención efectiva como establecimiento

De tercer nivel es imperante que este 50 % de causas de referencias ya no sean derivadas a este centro y por ende esto mejoraría tiempos de espera y disminuiría saturación.

En cuanto a los diagnósticos emitidos por primera vez en consulta externa de HNNBB se observa una relación con aquellos basados en referencia en donde el porcentaje de diagnósticos que no pertenecen a tercer nivel se ve de igual manera reflejado en los nuestros emitidos como primera vez, por lo que las inferencias observadas en el apartado previo aplican de igual forma para este análisis.

En conclusión, se siguen derivando esfuerzos para complementar el trabajo que debería realizarse en el primer y segundo nivel de atención por lo que la única solución pertinente consiste en el adecuado funcionamiento de la RIISS para que cada nivel asuma lo que le corresponde, evitar traslados innecesarios de pacientes, tiempo de espera prolongados e insatisfacción de usuarios.

➤ Primeras Causas de Atenciones de Emergencia

| N° | Causa De enero a septiembre | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|----|---|-------|-------|-------|-------|
| 1 | Abdomen agudo | 1,161 | 1,284 | 1,185 | 1,234 |
| 2 | Fiebre no especificada | 1,022 | 929 | 684 | 1,069 |
| 3 | Rinofaringitis aguda (resfriado común) | 590 | 391 | 284 | 148 |
| 4 | Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso | 502 | 448 | 419 | 534 |
| 5 | Nausea y vomito | 376 | 306 | 176 | 294 |
| 6 | Cuerpo extraño en el oído | 326 | 382 | 268 | 483 |
| 7 | Infección de vías urinarias, sitio no especificado | 259 | 336 | 218 | 149 |
| 8 | Leucemia linfoblástica aguda | 240 | 216 | 188 | 0 |
| 9 | Cuerpo extraño en el orificio nasal | 230 | 302 | 243 | 328 |
| 10 | Traumatismo superficial de la cabeza, parte no especificada | 228 | 171 | 112 | 0 |

Fuente: Unidad de Epidemiología del HNNBB

En el caso de la consulta de emergencia los diagnósticos presentadas son por causa específica y como se puede evidenciar no muestra el grado de complejidad de las patologías atendidas.

De los diagnósticos más frecuentes la primera causa de consulta de emergencia es el abdomen agudo, de los cuales muchos son apendicitis y muchas complicadas. Es de hacer notar que algunos 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.

c. Enfermedades Transmisibles

| N° | Causa De enero a septiembre | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|----|---|------|------|------|------|
| 1 | Infección Intestinal bacteriana no especificada | 128 | 69 | 98 | 99 |
| 2 | Infección viral no especificada | 197 | 100 | 37 | 67 |

| N° | Causa De enero a septiembre | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|----|---|------|------|------|------|
| 3 | Infección Intestinal viral sin otra especificación | 105 | 36 | 19 | 40 |
| 4 | Fiebre Tifoidea | 36 | 22 | 43 | 22 |
| 5 | Otra enteritis virales | 25 | 28 | 31 | 14 |
| 6 | Sepsis no especificada | 3 | 4 | 3 | 7 |
| 7 | Encefalitis viral no especificada | 2 | 5 | 2 | 6 |
| 8 | Intoxicación alimentaria bacteriana no especificada | 3 | 0 | 1 | 4 |
| 9 | Tuberculosis respiratoria no especificada, confirmada bacteriológica e histológicamente | 1 | 1 | 2 | 4 |
| 10 | Giardiasis (lambliasis) | 4 | 2 | 0 | 3 |

Fuente: Unidad de Epidemiología del HHNNBB

En relación a las enfermedades transmisibles en el Hospital, se revisaron los resultados de los años 2019, 2020, 2021 y 2022, estos evidencian que las atenciones por Varicela, en el año 2017 en las edades de 1 a 4 años, es cuando más casos se han dado, por otra parte, hay una tendencia a la baja desde el 2017 en todas las edades y en todos los años. En relación con las Diarreas, se evidencia que en el año 2018 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 (2). En relación a las atenciones por Neumonía, se ve una tendencia a la baja en todas las edades desde el 2017 al 2021, siendo la edad más afectada los menores de un año en todos los años, con predominio del sexo masculino.

d. Zoonosis

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

| N° | Causa De enero a septiembre | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|----|---|------|------|------|------|
| 1 | Mordeduras por animal trasmisor de Rabia | 99 | 65 | 145 | 109 |
| 2 | Dengue | 13 | 1 | 0 | 11 |
| 3 | Dengue grave | 11 | 1 | 0 | 0 |
| 4 | Toxoplasmosis no especificada | 2 | 3 | 1 | 3 |
| 5 | Leptospirosis no especificada | 1 | 0 | 1 | 0 |
| 6 | Enfermedad de Chagas aguda que no afecta el corazón | 1 | 0 | 0 | 0 |

| N° | Causa De enero a septiembre | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|----|--|------|------|------|------|
| 7 | Brucelosis no especificada | 0 | 1 | 0 | 0 |
| 8 | Toxoplasmosis con otro órgano afectado | 0 | 1 | 0 | 0 |
| 9 | Otras fiebres virales especificadas transmitidas por mosquitos | 1 | 0 | 0 | 0 |
| 10 | Leishmaniasis cutánea | 1 | 0 | 0 | 0 |

Fuente: Unidad de Epidemiología del HHNNBB

En el Hospital las atenciones de Zoonosis son las Mordeduras por animal transmisor de Rabia, se analizaron por edad, sexo durante los años 2019, 2020, 2021 y 2022, 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 2020 por la situación de la Pandemia COVID 19 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 neuropatía 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 del 2019 a agosto de 2022, los resultados son:

| Enfermedad No Transmisible De enero a septiembre | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|---|-------|-------|-------|------|
| Diabetes Mellitus | 41 | 34 | 49 | 45 |
| HTA | 11 | 14 | 8 | 2 |
| ERC | 36 | 71 | 88 | 57 |
| CANCER | 1,024 | 1,070 | 1,039 | 804 |
| EPOC | 1 | 1 | 0 | 0 |

Fuente: Unidad de Epidemiología del HHNNBB

En cuanto a las atenciones de **Tumores (Neoplasias)** con Diagnostico de Primera Vez, el sexo femenino es el más afectado. Desde el año 2019 al 2022 muestra una de casos 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**, con Diagnóstico de primera vez, el sexo femenino es el más afectado y desde el año 2019 la tendencia es al alza. En cuanto a las atenciones de Diabetes mellitus con diagnóstico de primera vez, los más afectados son la edad de 10 a 14 años. Con respecto a **Insuficiencia Renal** con Diagnostico de primera vez, el sexo masculino es el más afectado y desde el año 2019 la tendencia es a la baja. En cuanto a las atenciones de Insuficiencia renal con

Diagnostico de primera vez, los más afectados son de 10 a 14 años, desde 2018 la tendencia se mantiene. La **Enfermedad Hipertensiva** con Diagnostico de Primera Vez, el sexo masculino es el más afectado y desde el año 2019 la tendencia es a la baja.

f. 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 2019 al 2022, son las presentadas en el cuadro siguiente:

| N° | Tipo de Lesión | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|----|--|-------|-------|-------|-------|
| 1 | Caída no intencional | 2,872 | 1,599 | 2,482 | 2,141 |
| 2 | Corte/punzada no intencional | 958 | 585 | 840 | 668 |
| 3 | Golpeado por, contra no determinado | 284 | 99 | 143 | 195 |
| 4 | Golpeado por, contra no intencional | 153 | 83 | 177 | 190 |
| 5 | Quemadura por objeto o sustancia caliente no intencional | 203 | 139 | 211 | 159 |
| 6 | Corte/punzada no determinada | 92 | 81 | 115 | 90 |
| 7 | Natural del medio ambiente no intencional | 50 | 33 | 54 | 51 |
| 8 | Accidente tránsito motorizado/Ocupante | 52 | 15 | 61 | 51 |
| 9 | Accidente peatón, otro | 49 | 15 | 42 | 27 |
| 10 | Envenenamiento no intencional | 43 | 20 | 34 | 18 |

Las Lesiones de Causa Externa registradas en el Hospital desde el 2019 a 2022, en general se dan principalmente en las edades de 15 a 19 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 1% del total de consultas, y en lo últimos 3 años un 1%. De los pacientes hospitalizados generalmente fallece el 1%, los cuales son casos que se presentan en condiciones críticas. Al comparar el 2020 en relación al 2021 se evidencia un aumento del 1% en los egresos y los fallecidos de igual manera han disminuido en un 33%.

g. Tiempos de Espera

El tiempo de espera es un indicador de calidad que permite evaluar el proceso de atención y es el aquel que transcurre desde la hora de la solicitud de atención por el usuario, hasta que es atendido por el médico o profesional responsable de la atención. En la gestión del Hospital se realiza el monitoreo mensual de los Tiempos de Espera de algunas actividades hospitalarias, y los resultados son los que se muestran en el cuadro siguiente:

| Promedio de Tiempos de Espera al mes de Septiembre de 2022 | | |
|--|------------------------------------|--------------------------------|
| Sub Especialidades Médicas | Cita de Consulta de 1a. Vez | Programación de Cirugía |
| Alergología | 36 | |
| Cardiología | 148 | |
| Dermatología | 51 | |
| Endocrinología | 89 | |
| Gastroenterología | 83 | 26 |
| Ginecología | 0 | |
| Hematología | 14 | |
| Infectología | 26 | |
| Nefrología | 89 | |
| Neumología | 73 | |
| Neurología | 126 | |
| Nutriología | 0 | |
| Nutrición No Médica | 70 | |
| Odontología | 27 | |
| Oncología | 6 | |
| Ortodoncia | 35 | |
| Pediatría General | 13 | |
| Psicología | 91 | |
| Psiquiatría | 102 | |
| Reumatología | 18 | |
| Sub Especialidades Quirúrgicas | | |
| Algología | 48 | |
| Cirugía Oncológica | 62 | 8 |
| Cirugía Plástica | 82 | 39 |
| Cirugía Neonatal | 37 | 15 |
| Otorrino | 48 | 73 |
| Oftalmología | 74 | 4 |
| Urología | 39 | 33 |
| Ortopedia | 112 | 29 |
| Optometría | 0 | N/A |
| Neurocirugía | 39 | 3 |
| Cirugía Maxilofacial * | 34 | 0 |
| Cirugía Cardiovascular** | 48 | 19 |
| Cirugía General | 51 | 40 |
| Nota: El Tiempo de Espera para programación de Cirugía para la especialidad de Gastroenterología es para la programación de procedimiento de la especialidad que se realizan bajo anestesia. | | |

Los tiempos de espera institucionales para Consulta de Primera Vez, incluyen la consulta de las especialidades médicas y quirúrgicas pediátricas. Es importante mencionar que el impacto de la Pandemia de Covid-19, ha sido evidente en este indicador, dado que en el 2020 se suspendió la Consulta, y en el 2021 que se realizó la reapertura normal se tomó la decisión de reiniciar el monitoreo a partir del tiempo desde cero, manteniendo como estrategia para reducir los tiempos de espera para la Cita de primera vez, el funcionamiento y registro del Triage o Selección de

Consulta Externa médica. Sin embargo, se evidencia que durante todo el 2021 no fue posible la reducción del tiempo de espera los efectos de la Pandemia, aún persistieron y en lo que va a agosto del 2022 el tiempo de espera de varias especialidades sigue aumentando, esto debido a las ausencias por incapacidades de personal y las ausencias de pacientes, por lo que se hace necesario que en el Hospital se realice seguimiento y establecer estrategias para impactar; se ha identificado actualmente que se requiere ampliar el tiempo de atención, lo cual es difícil ya que el personal está contratado con horarios fijos y no rotativo, no obstante, se han realizado algunos cambios en algunas especialidades y además se ha trabajado en estrategias a nivel de la RISS, no solo para mejorar los tiempos sino la calidad de atención de los pacientes referidos ya sea para consulta o interconsultas y 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, así como la coordinación con la RISS para el manejo de pacientes crónicos, etc.

➤ **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. De enero a septiembre de 2022, de acuerdo a los resultados obtenidos los tiempos varían según las sub especialidades, ya que cada una de acuerdo a los horas quirófanos disponibles y a la demanda van realizando acciones para reducir los tiempos, sin embargo, a pesar de contar con capacidad instalada de quirófanos, no se cuenta con las horas quirófanos disponibles suficiente para cubrir la demanda de horarios requerida por los Cirujanos, entre otras razones porque para garantizar la atención de pacientes Covid-19 unos de los quirófanos ha quedado inhabilitado, otro quirófano se ha destinado para la instalación del Angiografo equipo necesario para la realización de procedimientos médicos, ya demás porque no todos los quirófanos se han podido habilitar en su totalidad por falta de personal de anestesia y de enfermería, como por la demanda de cirugías de emergencia y ambulatorias y los horarios de funcionamiento de quirófanos.

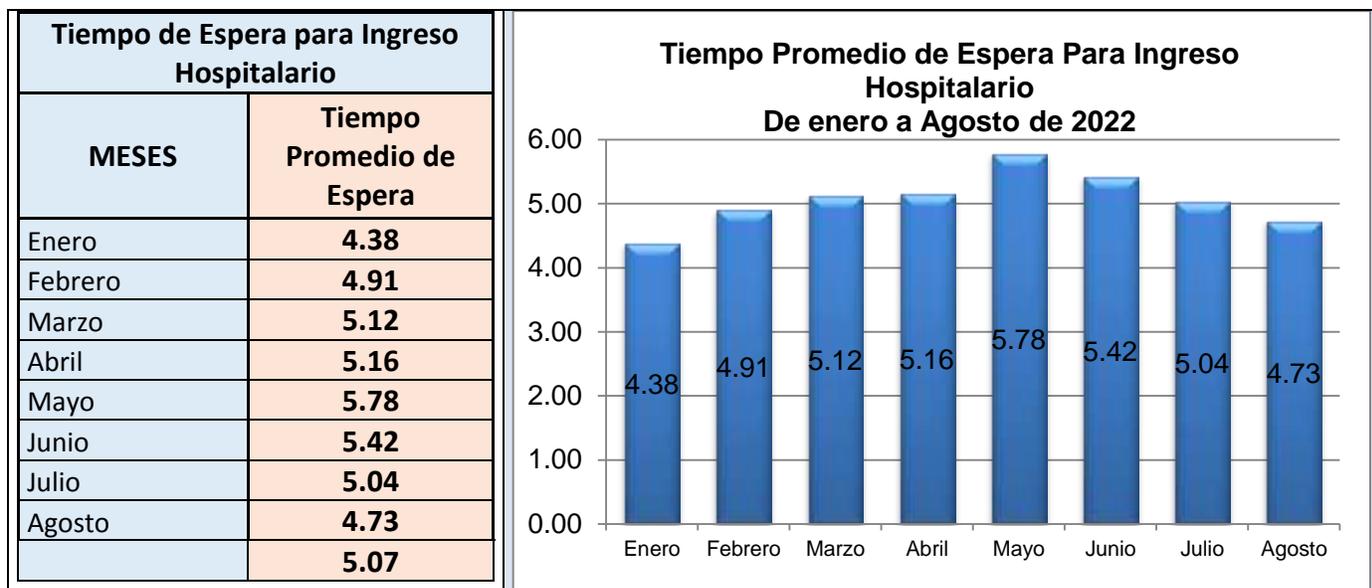
➤ **Tiempo de Espera para Ingreso Hospitalario**

En el área de atención de 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 agosto de 2022 de 5.07 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, sumado a la reducción de personal del Hospital producto de las medidas que se mantienen para la atención de pacientes sospechosos o confirmados de Covid-19. Sin embargo, a efecto de mejorar este tiempo, es necesario evaluar la logística de la ruta del paciente, y establecer mecanismos de control que

permitan supervisar la fluidez del proceso y utilizar adecuada y oportunamente las herramientas informáticas que permitan un mejor control en la administración de las camas.



C. Análisis Comparativo del Cumplimiento de Metas de Producción POAI 2022

Con el fin de realizar una programación adecuada se efectuó la revisión del cumplimiento del PAOI 2022 y el monitoreo evidencia, los resultados siguientes:

o Consulta Ambulatoria a septiembre de 2022

Al analizar los resultados de cumplimiento de metas es importante tener presente como se estableció las Meta. En el Hospital el cálculo se realizó en base al 100% de horas asignadas a la consulta externa y un estándar de tiempo de 4 pacientes por hora, por lo que el cumplimiento esperado de la Meta es del 85% y los resultados han sido los siguientes:

En la consulta de sub especialidades médicas el porcentaje promedio de cumplimiento a septiembre del 2022 ha sido del **75%** y en las especialidades quirúrgicas del **95%**, lo cual significa que la Consulta médica en el Hospital se ha cumplido en **un 80%**, dicho resultado es el **94%** de cumplimiento esperado. En las especialidades odontológicas el cumplimiento fue del **57%**. Estos resultados, aún están siendo afectados por la Pandemia del Covid-19, dado que la normalización de la Consulta se dificulta por las ausencias de pacientes y de personal. Es importante mencionar que existen atenciones médicas que aún no se han reflejado en la Producción Oficial de Consulta Externa, dado que no se ingresan en los Sistemas oficiales, y son atenciones proporcionadas en el trige de Consulta y la Telemedicina que es una estrategia implementada por el Hospital para atender a la demanda de la Red y de la población. Otro elemento importante que afecta la atención de Consulta Externa es que se observa una incidencia del 50% de sospechas diagnósticas que no ameritan ser derivadas al tercer nivel de atención, si se establecieran estrategias para minimizar esta situación se podría impactar en la reducción de los tiempos de espera y la saturación de pacientes a que el Hospital está expuesto.

El análisis de la Producción de Consulta Externa va más allá de la revisión de los cumplimientos, es necesario realizar un análisis integral con toda la RIISS y un seguimiento constante que garantice que cada nivel de atención asuma lo que le corresponde, evitando traslados innecesarios de pacientes, tiempo de espera prolongados e insatisfacción de los usuarios.

En relación al cumplimiento del **Departamento de Emergencia**, el cumplimiento ha sido del 92%. La meta de Emergencia es un dato de metas de referencia histórica, al evaluar el resultado en función del perfil epidemiológico, podemos determinar que la producción ha tenido un aumento considerable en función al año 2020 y 2021 y que las causas por las cuales se consulta en el Emergencia, son las mismas que en condiciones de funcionamiento normal del Hospital, a excepción de una disminución en los traumas.

- **Hospitalización a septiembre de 2022**

En relación al cumplimiento de la producción de egresos hospitalarios se puede evidenciar que el resultado promedio institucional obtenidos está por arriba del resultado esperado, porque lo programado en el PAOI 2020 fue del 85% y se ha obtenido un resultado institucional de enero a septiembre del **97%** de cumplimiento. Los servicios de especialidades médicas, muestran un cumplimiento promedio del **103%**, este resultado está arriba de lo esperado, pero 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. Con respecto a las Especialidades de Cirugía el resultado global es del **95%**, lo cual indica que está arriba de la meta programada, esto muestra un incremento en la atención de pacientes a pesar de que por la Pandemia Covid-19, aún algunos de los servicios quirúrgicas aún sido siendo afectados con la reducción de camas, pero dado que la Consulta Externa y la Emergencia están funcionando en condiciones relativamente normales, se ha tenido que realizar ingresos de pacientes quirúrgicos tanto de demanda espontanea como por programación de pacientes para Cirugías Electivas y ambulatorias.

Con respecto a las metas de Servicios por Contrato que son los pacientes atendidos de Bienestar Magisterial, el cumplimiento está al **77%**, dado que este es un servicio de atención a demanda, los resultados pueden ser variables.

Cabe destacar que en la revisión de los datos Hospitalización, para evaluar el funcionamiento del Hospital es necesario además de revisar el cumplimiento de metas, debe analizarse los resultados de 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**

Los datos de Cirugía son los captados en la hoja de Ingreso y Egreso, los cuales son ingresados por Estadística al SIMOWS y migrados al SPME. Sin embargo, en el Hospital se cuenta con un Sistema propio para el registro de las actividades de Cirugía en el Centro Quirúrgico, por lo que los resultados de producción y cumplimiento de metas al interior, pueden variar en relación a los datos registrados y migrados, habrá que evaluar el proceso de generación de información y migración, a fin de unificar los datos. Es importante destacar, que el cumplimiento de metas en el SPME se muestra abajo de lo esperado, ya que se tiene al mes de septiembre un 52% de cumplimiento, lo cual se debe a que se programó considerando el funcionamiento normas de quirófanos habilitados, pero se ha estado en remodelación y se

redujo un quirófano destinado para la instalación de un equipo especializado, por lo que la realización de la producción actual ha implicado un trabajo de ordenamiento, negociación, y readecuación y así poder garantizar el mejor uso de los quirófano y así lograr el aprovechamiento de los mismos y que se satisfaga la demanda según las especialidades quirúrgicas. Es importante mencionar que para lograr un mejor aprovechamiento de los quirófanos ha sido necesario evaluar las estrategias que permitan mejorar no solo los registros de información, sino también la capacidad instalada, de tal manera que se minimicen los factores que afectan el establecimiento de la necesidad real y el establecimiento de metas en función de la demanda.

- **Medicina Crítica**

En el caso de Medicina Crítica, las Unidades de Cuidados Intensivos, muestra un cumplimiento de la meta de transferencias del 92 % en relación a las transferencias, el resultado muestra un porcentaje mayor a lo esperado especialmente porque la UCI y UCIQ se ha tenido un cumplimiento mayor del 100% y porque en UCIN se ha cumplido en un 73%. Es importante mencionar que los resultados muestran que se ha tenido una mayor demanda de pacientes críticos y más considerando que en UCIN no se ha registrado todos los pacientes, pues algunos se han registrado en Neonatología, además porque al revisar las patologías atendidas, se evidencia que son de alta complejidad, pero el manejo ha permitido una reducción de la estancia promedio, por lo que el giro de la cama se ha aumentado y se ha tenido una ocupación mayor.

En relación a las atenciones de medicina crítica de emergencia se evidencia un cumplimiento de Meta del 76%, y un 117% en máxima urgencia, es importante recordar que la meta definida de estos servicios es un dato de referencia estimado en base a datos históricos, lo cual puede variar en función de la demanda.

- **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, se evidencia un cumplimiento de metas a septiembre de 2022, en el laboratorio del 114% y un 120% del Banco de Sangre, es importante mencionar que el resultado del Laboratorio es el de las diferentes secciones que lo componen y que existen variaciones de cumplimiento en las diferentes secciones. Además, que el resultado de cumplimiento de Metas tanto de Laboratorio como del Banco de Sangre, dado que son servicios de apoyo, su resultado está supeditado a la demanda de los servicios finales, por lo que el análisis e interpretación de los resultados se debe complementar con el índice de uso en relación a los egresos y días camas ocupados, de tal manera que se pueda evaluar la producción más que en relación a la meta en relación con la demanda y con la disposición de recursos para poder realizar las pruebas y su adecuado uso en comparación con las guías de manejo de pacientes en función de la patología que se está tratando.

- **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.

Los resultados de cumplimiento al mes de septiembre de 2022 son: En imagenología, radiología del 99%, Ultrasonografías del 142%, Tomografías 112% y Resonancias 177%. En Anatomía Patológica, 191%, en procedimientos diagnósticos, 85%, Los Servicios de Tratamiento y rehabilitación, muestran un cumplimiento arriba del 100% y Trabajo Social 92%. La evaluación

de estos resultados amerita 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 intervención para mejorar de los procesos de atención.

- **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 todos los 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 157%, esto responde a las variaciones en los días de estancia y a la producción de egresos generados en el período. En relación a los datos de lavandería se muestra un cumplimiento del 122%. Es importante mencionar que la producción de lavandería al igual que Alimentación responde a la demanda en función de los pacientes ingresados y la estancia de los mismo, sin embargo se debe tener presente que la producción de Lavandería es superior a la reportada en el SPME, dado que produce para apoyar a establecimientos de la red, así como también para los servicios complementarios y en pequeñas proporciones en servicios administrativos del Hospital, 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 66%, en el caso de este servicio, las metas se establecen en función del recurso disponible, pero la producción es realizada en función de la demanda, la cual es más para el mantenimiento correctivo, por lo que para evaluar el servicio es necesario que se incluya la producción de mantenimiento correctivo y para lograr mejores resultados se debe reforzar el áreas con personal calificado que dé respuesta oportuna a las necesidades de tal manera que se satisfaga la demanda de atención de órdenes, en las diferentes instalaciones del Hospital.

En cuanto al servicio de Transporte el cumplimiento ha sido del 256%, esto cumplimiento está arriba de lo programado, por lo que se debe revisar el proceso de establecimiento de la meta y los registros de producción en función del indicador definido..

2. Análisis de la Oferta de Salud

A. Estructura Organizativa - Organigrama.

El Hospital depende jerárquicamente de la Dirección Nacional de Hospitales y es reconocido como un Centro de Referencia Nacional, con una oferta de servicios para un tercer nivel de atención. Su estructura organizativa es matricial, y comprende los niveles o línea jerárquicos identificados según la estructura en: Unidades, Divisiones, Departamentos, Servicios-Secciones y Áreas.

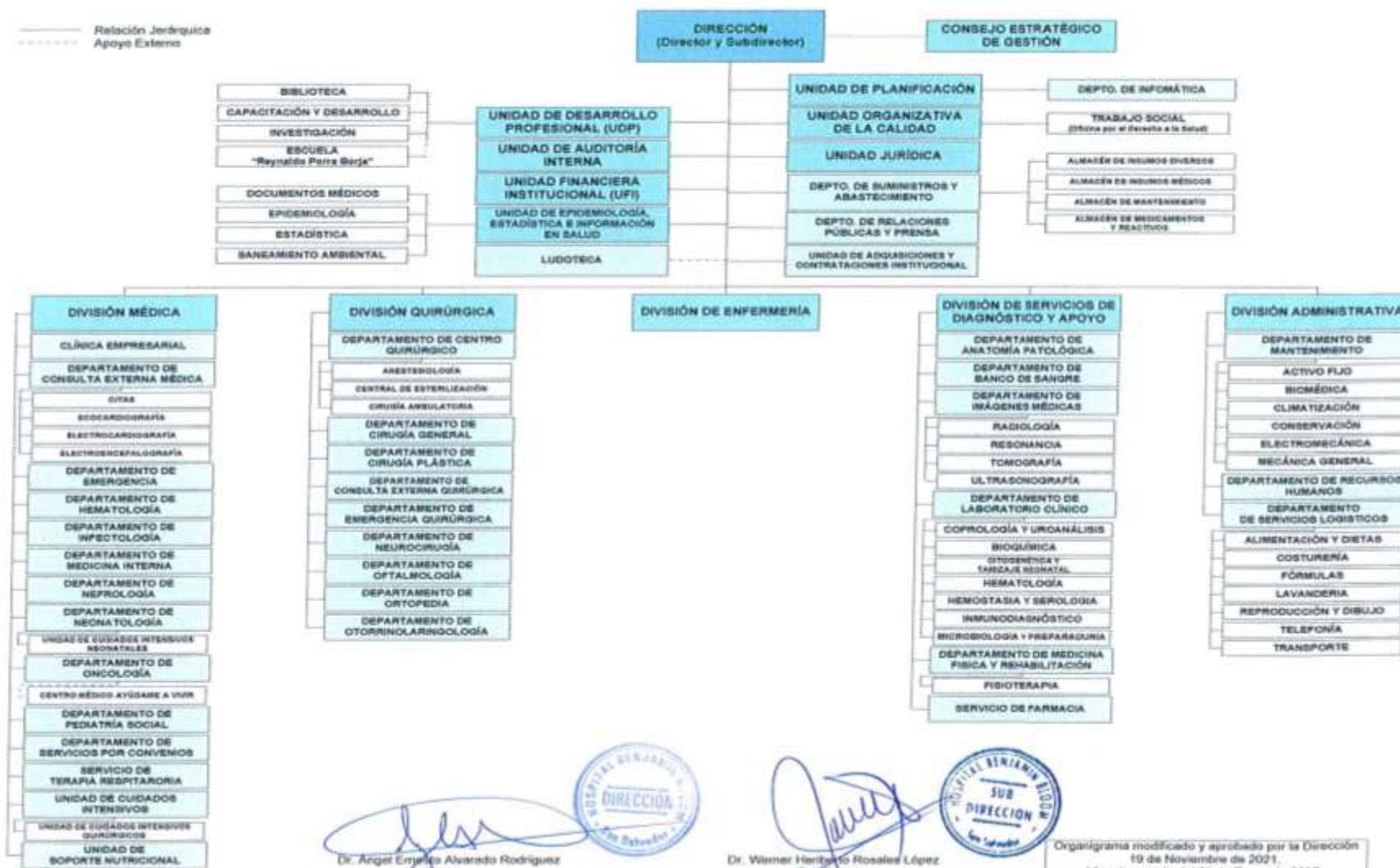
Cabe mencionar que por aspectos de funcionamiento propios de la institución, el Organigrama oficial incluye la Estructura con sus diferentes dependencias, las cuales a nivel interno o específico pueden incluir algunos centros de costo o actividades productivas.

La Estructura Organizativa vigente, es la que se presenta en la página siguiente:

Hospital Nacional de Niños "Benjamín Bloom"

Organigrama 2022

— Relación Jerárquica
 Apoyo Externo




 Dr. Anjel Emilia Alvarado Rodríguez
 Director


 Dr. Wimer Heriberto Rosales López
 Sub-Director

Organigrama modificado y aprobado por la Dirección
 19 de Noviembre de 2021.
 Vigente a partir del 01 de Enero de 2022.

B. Oferta de Servicios



La oferta de Servicios del HNNBB incluye los servicios descritos en el esquema anterior y cada uno contiene una serie de servicios: Atención de Urgencia ofrece servicios de emergencia las 24 horas del día, que incluye consultas de Pediatría y Cirugía General, Observación y Atención de máxima urgencia. En Consulta externa se ofrecen consultas de 36 sus especialidades médicas, quirúrgicas, odontológicas y especialidades no médicas, 13 servicios de Hospitalización para especialidades médicas y quirúrgicas, así como tres servicios de Cuidados Críticos. También se ofrece atención de Cirugías de Sub especialidad, Servicios de Apoyo Diagnostico y Terapéuticos como Laboratorio, Bancos de Sangre, Imágenes Médicas, Terapia Respiratorio, Fisioterapia, Farmacias entre otros. Servicios de Apoyo Administrativo, que ofrece a los pacientes Alimentación, Fórmulas, Lavandería, Transporte. También nuestra oferta de Servicios siendo Hospital Escuela ofrece en coordinación con las Universidades la Formación de Profesionales especialistas y sub especialistas. Además se incluye en la Oferta un Servicio, un servicio que se activa en casos de Emergencias y Desastres a fin de dar respuesta oportuna a las necesidades de la población.

C. Análisis de la Capacidad Instalada

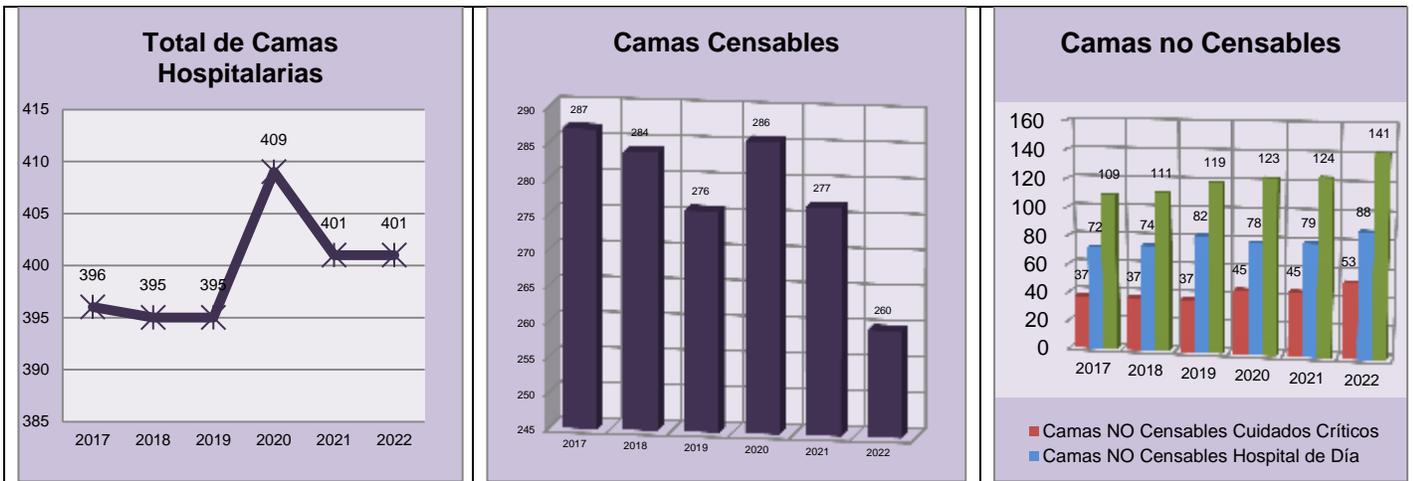
○ Camas

La Dotación de Camas durante los últimos 5 años en el Hospital, se muestra en el cuadro siguiente:

| CAMAS | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | | 2021 | | 2022 |
|--------------------------------|------------|------------|------------|-------------|----------------------|------------|--------------------------|------------|
| | | | | Funcionando | Cambios por Covid-19 | Existentes | Funcionando por Covid-19 | |
| Camas Censables | 287 | 284 | 276 | 274 | 286 | 298 | 277 | 260 |
| Camas No Censables | 109 | 111 | 119 | 114 | 113 | 132 | 124 | 139 |
| TOTAL CAMA HOSPITALARIA | 396 | 395 | 395 | 399 | 399 | 430 | 401 | 401 |

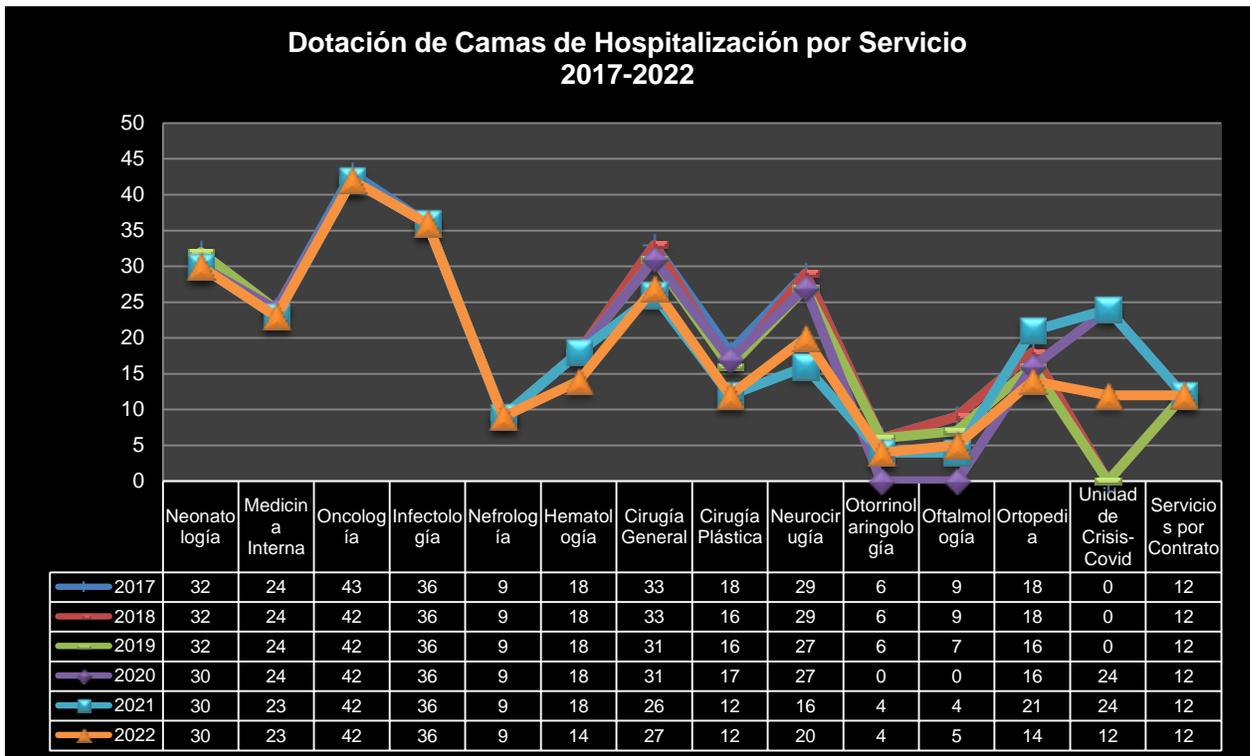
El Hospital anualmente realiza su análisis sobre el funcionamiento de las camas en relación a la demanda, las patologías atendidas y el resultado de los indicadores de gestión, este análisis permite realizar la estimación de camas necesarias por servicio y los cambios pertinentes para el mejor aprovechamiento 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. Tal como se evidencia en el cuadro anterior se han realizaron cambios sustanciales. En el 2020 para dar respuesta a la Pandemia Covid-19 se habilitaron 24 camas para atención de Covid-19 y en 2021 para regresar a la normalidad considerando los efectos de la Pandemia no se programó funcionar normalmente dado la limitación y reducción de espacios físicos se tuvo que realizar ajustes en la Dotación de camas llegándose a definir funcionar con tan solo 277 camas censables, afectando en su mayoría a los servicios de atención quirúrgica. En el 2022 aún no se cuentan con los espacios físicos para los servicios afectados, aún se mantienen 12 camas para la atención de Covid-19, pero además, se han realizado ajuste a fin de en función de la demanda reordenar físicamente las camas para dar cobertura de las diferentes especialidades.

En los gráficos siguientes se muestra la como ha sido la tendencia y comparativo de la Dotación de Camas incluyendo las que se han definido para el 2022.



➤ **Camas para Hospitalización**

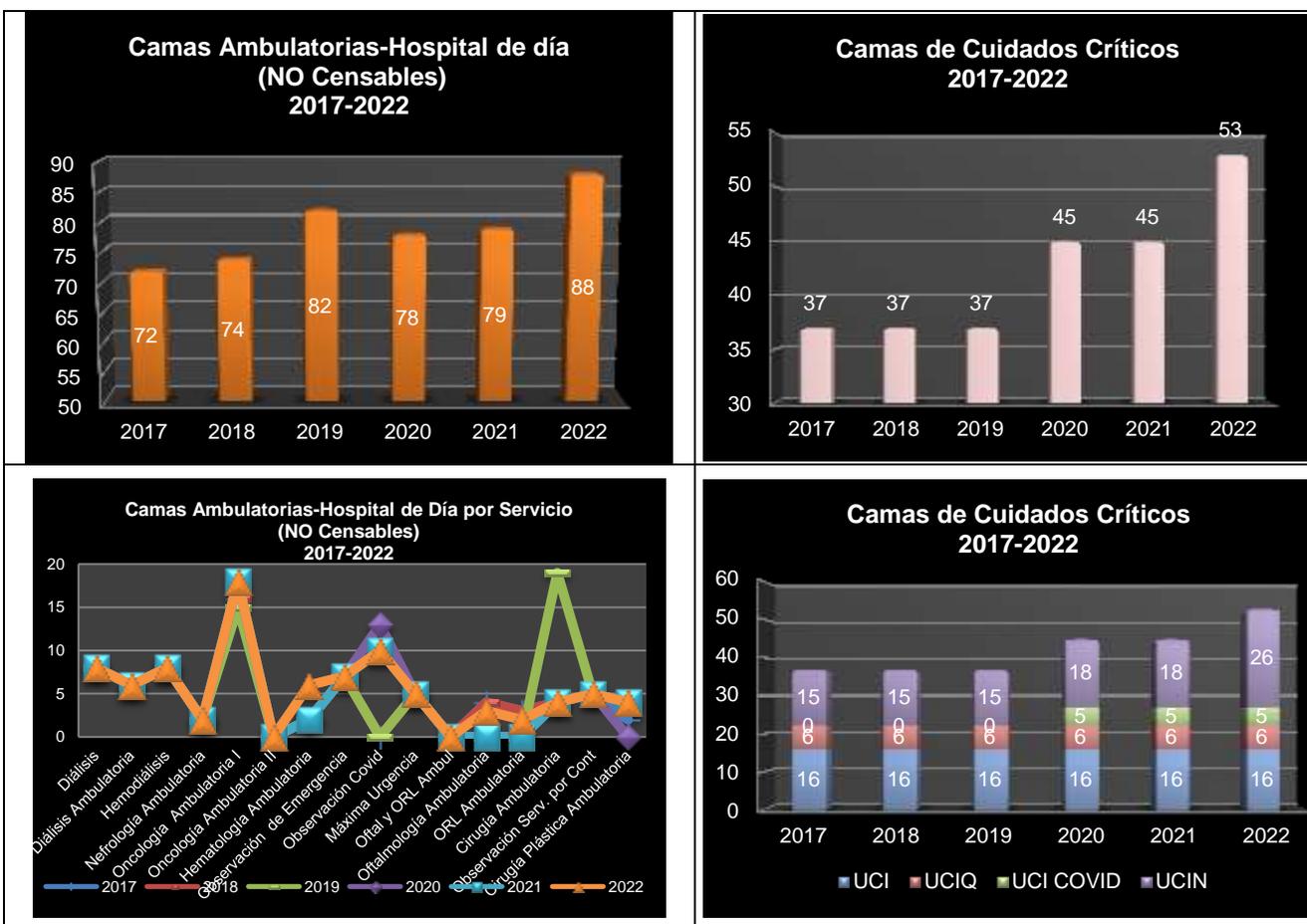
La Dotación de Camas para Hospitalización en su mayoría está definida en función de la demanda de pacientes que requieren atención especializada de tercer nivel, es decir para la atención de pacientes con patología agudas, críticas y/o crónicas y que no pueden ser atendidos en otros niveles de atención, por lo que se ha organizado la atención del Hospital en Departamentos identificados por la Sub especialidad que representan, y a quienes se les asigna el número de camas en función de los análisis de los resultados de la gestión por la atención prestada durante cada año y por los objetivos y metas que en el Hospital se define para cada uno de los servicios.



En el gráfico anterior se muestran los históricos de la Dotación de Camas para hospitalización por servicio.

➤ **Camas Ambulatorias**

En relación a las camas ambulatorias el hospital a fin de hacer eficiente su uso, 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, esto porque no se cuenta con el espacio físico suficiente para poder ubicar camas. El manejo adecuado y esperado de estas camas se ha visto afectado por la demanda, y es por eso que en algunos años se han tenido que utilizar como censables. En los gráficos siguientes se muestra la Dotación de Camas no Censables del Hospital desde 2017 hasta la definida para el 2022, considerando la evolución y efectos de la Pandemia Covid-19:



○ **Quirófanos**

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

| Existentes | Distribución de Quirófanos | Uso | Condición |
|------------|----------------------------|---|-------------------|
| 6 | Quirófanos de II Planta | Cirugía Electiva, Procedimientos Especializados | En funcionamiento |
| 1* | Quirófano Quemados | Cirugía Electiva | En Funcionamiento |
| 1 | Quirófano de I Planta | Cirugía Electiva y Cirugía de Emergencia | En funcionamiento |
| 1* | Quirófano de I Planta | Cirugía de Emergencia | En funcionamiento |
| 1* | Quirófano de I Planta | Cirugía de Emergencia | En funcionamiento |
| 1* | Quirófano en UCIN | Alternativo | En funcionamiento |
| 11 | Total | | |

Fuente. Información Proporcionada por el Centro Quirúrgico

* Estos Quirófanos no cuentan con el recurso para poder habilitarlos completamente, por lo que se consideran en funcionamiento pero de forma parcial.

De acuerdo a la tabla anterior, los quirófanos para su uso se designan en función a las cirugías a realizar; sin embargo con el propósito de optimizar los mismos, en ocasiones, cuando hay emergencias o eventualidades propias del quehacer hospitalario, se reasignan algunas operaciones según la necesidad, 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, es necesario que se habiliten todas las salas de operaciones, se reordenen horarios o contraten personal en horarios no administrativos, de tal manera que se amplíe la cobertura de atención de los quirófanos, o 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 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 se evidencia que si bien es cierto se cuenta con quirófanos, estos no se pueden aprovechar al máximo entre otras razones porque aún se tienen los efectos de la Pandemia Covid-19 y persisten las limitaciones con los horarios de personal y de recursos humanos suficientes 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, como la de destinar un quirófano del segundo nivel para la instalación del Angiografo, que si bien es cierto es importante y necesario para la mejora en la realización de procedimientos de alta complejidad, ha limitado las horas quirófanos para cirugía electiva, por

lo que actualmente las horas se han tenido que disminuir, lo cual afecta los tiempos de espera para la cirugía electiva.

- **Consultorios**

El Hospital, dado su complejidad cuenta con consultorios de Emergencia y de Consulta externa; los Consultorios de Emergencia son 4; 2 para pediatría y dos para cirugía 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 están ubicados en el Anexo del Hospital, y están asignados a las diferentes especialidades. En total son 53 consultorios sin contar salas de procedimientos ni de talleres (46 en el Edificio de Consulta Externa, 3 en el CENID y 3 el Centro Ayúdame a Vivir, y 1 en Servicios por Convenios), los cuales actualmente están habilitados y funcionamiento 368 horas diarias, es decir en un promedio de 5.3 horas por día, habitualmente su ocupación se da en el transcurso de la mañana que es el horario mayor demandado de la población y cuando está contratado y programado la mayoría del recurso médico.

D. 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 2021-2022, vemos los resultados siguientes:

- **Camas**

La capacidad residual de camas de los años 2021-2022, evidencia que en la Dotación de Camas definida en el 2021 y la establecida para el 2022 aún se tienen definidas camas para atención de Covid-19, por lo que se sigue afectando las camas requeridas para las especialidades quirúrgicas, por lo que al evaluar la capacidad residual de las camas en términos generales, permite identificar la afectación de la Pandemia Covid-19 en la utilización de las camas especialmente de algunos servicios de cirugía, ya que en los servicios de medicina, dada la demanda de pacientes con patologías crónicas, dichas camas tienen un mayor índice de ocupación y muestran un mayor resultado en los indicadores de gestión. Sin embargo, tanto en el 2021 como en el 2022 existe capacidad residual. En el 2021 la capacidad residual de los servicios de Cirugía fue del 19%, en los de medicina del 3% y en Servicios por Convenio del 46%. A septiembre de 2022 dado que las condiciones aún no son normales en las camas de cirugía, se tiene una capacidad residual del 16% y en los servicios de medicina no hay capacidad residual, sino la necesidad de un promedio del 2% de camas, sin embargo en Servicios por Convenio si se tiene capacidad residual del 36%.

Cabe destacar 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: 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.

| Información 2021 | No camas censables | Según Estándares | | | Capacidad máxima de egresos al año | No de egresos realizados 2022 | Capacidad residual |
|---|--------------------|------------------------------|-------------|-----------------------|------------------------------------|-------------------------------|--------------------|
| | | Promedio de días de estancia | % Ocupación | Días laborales al año | | | |
| Sub Especialidades de Medicina Pediátrica | | | | | 5081 | 4923 | 158 |
| Infectología Pediátrica | 36 | 8.59 Días | 85% | 365 Días | 1,300 | 1,547 | -247 |
| Hematología Pediátrica | 18 | 6.14 Días | 85% | 365 Días | 910 | 524 | 386 |
| Medicina Interna Pediátrica | 23 | 9.60 Días | 85% | 365 Días | 743 | 714 | 29 |
| Nefrología Pediátrica | 9 | 8.50 Días | 85% | 365 Días | 329 | 298 | 31 |
| Neonatología | 30 | 14.09 Días | 85% | 365 Días | 661 | 651 | 10 |
| Oncología Pediátrica | 42 | 11.45 Días | 85% | 365 Días | 1,138 | 1,189 | -51 |
| Sub Especialidades de Cirugía Pediátrica | | | | | 6142 | 4949 | 1193 |
| Cirugía Pediátrica | 26 | 3.98 Días | 85% | 365 Días | 2,027 | 1,880 | 147 |
| Cirugía Reconstructiva Pediátrica | 12 | 4.75 Días | 85% | 365 Días | 784 | 790 | -6 |
| Neurocirugía Pediátrica | 16 | 5.22 Días | 85% | 365 Días | 951 | 752 | 199 |
| Oftalmología Pediátrica | 4 | 4.25 Días | 85% | 365 Días | 292 | 249 | 43 |
| Ortopedia / Traumatología | 21 | 4.20 Días | 85% | 365 Días | 1,551 | 1,035 | 516 |
| Otorrinolaringología Pediátrica | 4 | 2.31 Días | 85% | 365 Días | 537 | 243 | 294 |
| Otros Egresos | | | | | | | |
| Servicios por Contrato | 12 | 3.38 Días | 85% | 365 Días | 1,101 | 599 | 502 |
| Información 2022 | camas censables | Según Estándares | | | Capacidad máxima de egresos al año | No de egresos realizados 2022 | Capacidad residual |
| | | Promedio de días de estancia | % Ocupación | Días laborales al año | | | |
| Sub Especialidades de Pediatría | | | | | 4980 | 5062 | -82 |
| Hematología Pediátrica | 14 | 5.60 Días | 85% | 365 Días | 776 | 632 | 144 |
| Infectología Pediátrica | 36 | 7.74 Días | 85% | 365 Días | 1,443 | 1,600 | -157 |
| Medicina Interna Pediátrica | 23 | 10.74 Días | 85% | 365 Días | 664 | 722 | -58 |
| Nefrología Pediátrica | 9 | 10.56 Días | 85% | 365 Días | 264 | 260 | 4 |
| Neonatología | 30 | 13.73 Días | 85% | 365 Días | 678 | 648 | 30 |
| Oncología Pediátrica | 42 | 11.28 Días | 85% | 365 Días | 1,155 | 1,200 | -45 |
| Sub Especialidades de Cirugía | | | | | 5865 | 4902 | 963 |
| Cirugía Pediátrica | 27 | 3.89 Días | 85% | 365 Días | 2,153 | 1,786 | 367 |
| Cirugía Reconstructiva Pediátrica | 12 | 4.52 Días | 85% | 365 Días | 824 | 718 | 106 |
| Neurocirugía Pediátrica | 20 | 5.25 Días | 85% | 365 Días | 1,182 | 946 | 236 |

| Información 2021 | No camas censables | Según Estándares | | | Capacidad máxima de egresos al año | No de egresos realizados 2022 | Capacidad residual |
|---------------------------------|--------------------|------------------------------|-------------|-----------------------|------------------------------------|-------------------------------|--------------------|
| | | Promedio de días de estancia | % Ocupación | Días laborales al año | | | |
| Oftalmología Pediátrica | 4 | 3.83 Días | 85% | 365 Días | 324 | 278 | 46 |
| Ortopedia / Traumatología | 14 | 4.43 Días | 85% | 365 Días | 980 | 898 | 82 |
| Otorrinolaringología Pediátrica | 5 | 3.86 Días | 85% | 365 Días | 402 | 276 | 126 |
| Otros Egresos | | | | | 12879 | 11260 | 1619 |
| Servicios por Contrato | 12 | 3.66 Días | 85% | 365 Días | 1,017 | 648 | 369 |

Fuente de Datos

* N° de camas: Datos ingresados de Camas (SPME), * Promedio de días de estancia: Datos ingresados de Estándares (SPME),

* % de ocupación: Estándar definido, * Días laborales al año: Estándar definido * Capacidad Máxima: (Número de camas, * Porcentaje Ocupación * Días Laborales) / Promedio de días de estancia, * Número de egresos (Migración del Sistema de Morbilidad),

* Capacidad residual: Capacidad máxima – Número de egresos

○ Quirófanos

El análisis de la Capacidad residual de quirófanos de los últimos 5 años, ha permitido evaluar el funcionamiento de los quirófanos, y tal como se muestra en el cuadro siguiente, en el 2020 se evidencia el efecto de la Pandemia Covid-19 que obligó al cierre de la Consulta Externa y a la suspensión de Cirugías Electivas durante más de 6 meses, lo cual afectó la producción de Quirófanos, en el 2021 y lo que va 2022, se evidencia la necesidad de ampliar las horas quirófanos ya que con las habilitadas no se tiene capacidad residual y para cubrir la demanda se tiene que hacer uso de los quirófanos de emergencia. Es importante aclarar que los resultados del cuadro 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; también que antes de la Pandemia Covid-19 se habían estado realizando esfuerzos para reducir la capacidad residual, implementando estrategias para un mejor uso de quirófanos, en el 2022 se retomó la actividad, sin embargo, no se ha complicado, dado que por la necesidad uno de los quirófanos se ha tenido que habilitar como sala de angiografía, que es necesario para la realización de procedimientos de alta complejidad, pero esto ha reducido las horas quirófanos disponibles y además porque aún se necesita recurso de enfermería y anestesia para lograr una mayor utilización de los quirófanos, así como horas médicos en horario vespertino y así ampliar las horas de funcionamiento de los mismos.

| Quirófanos | 2017 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|--|--------|--------|--------|--------|--------|
| Numero de quirófanos disponibles para cirugía electiva | 7 | 7 | 5 | 6 | 6 |
| Promedio de horas de funcionamiento por día | 52 | 50.8 | 50.8 | 43.5 | 44 |
| Número de Día hábiles en el año | 240 | 240 | 240 | 240 | 240 |
| Número de horas quirófano disponibles al año | 12,480 | 12,192 | 12,192 | 10,440 | 10,560 |
| Horas promedio por Cirugía Electiva (estándar) | 2.5 | 2.5 | 2.5 | 3 | 3 |
| Capacidad máxima de cirugías | 4,992 | 4,877 | 4,877 | 3,480 | 3,520 |
| Numero de cirugías realizadas (Producción de Cirugías Electivas) | 4,992 | 4,499 | 2,292 | 3,771 | 3,708 |
| Capacidad residual de cirugías electivas | 0 | 378 | 2,585 | -291 | -188 |
| % de Capacidad Residual | 0% | 8% | 53% | -8% | -5% |

- **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 en relación a la capacidad instalada de consultorios disponibles existe capacidad residual, esto es porque aunque se cuente con los consultorios, estos no están siendo utilizados las 8 horas del día, porque no se cuenta en algunas especialidades con las horas médicas necesarias, además existe concentración de horas por la forma de contratación del recurso médico, y 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 2021 en relación a septiembre de 2022, podemos observar que en el 2021 la capacidad residual fue del 45%, se consideró una ampliación en el número promedio de horas funcionamiento de consultorios por día, la cuales fueron de 270, pero eso no significaba que se darían más consultas, sino que se ampliaría el tiempo de uso consultorio para cumplir con el protocolo de bioseguridad y distanciamiento. En el 2022 seguimos con capacidad residual dado que el número de consultorios es el mismo. Para lograr un mejor aprovechamiento de la capacidad instalada de consultorios, es imperante organizar los horarios de ocupación de los médicos procurando compatibilidad entre estos evitando interferencia entre diferentes especialidades, ampliara los horarios en función de las demanda por especialidad, así como insistir a medico especialistas en la importancia de cumplir sus horarios programados a fin de lograr el máximo aprovechamiento de los consultorios.

| Consultorios de Pediatría | No consultorios disponibles para consulta externa | No promedio de horas funcionamiento de consultorios al día | No de hrs. consultorios disponibles al año | Tiempo en Horas promedio por consulta | Capacidad máxima de consultas médicas al año | No de consultas realizadas 2021 | Capacidad residual de consultas médicas |
|----------------------------------|---|--|--|---------------------------------------|--|---------------------------------|---|
| 2021 | 53 | 270.0 Horas | 64,800 Horas | 0.25 Horas | 196,364 | 107,434 | -88,930 |
| 2022 | 53 | 270.0 Horas | 64,800 Horas | 0.25 Horas | 196,364 | 134,976 | -61,388 |

E. Capacidad Instalada Proyectada para el 2023

- **Consultorios**

| Horas Diarias de Consultorio en Consulta Externa 2023 | |
|--|------------------------------------|
| CONSULTORIO | Horas diarias disponibles * |
| Consultorio | Horas D |
| Alergología | 8.0 |
| Cardiología | 10.8 |
| CENID | 6.0 |

| Horas Diarias de Consultorio en Consulta Externa 2023 | |
|--|------------------------------------|
| CONSULTORIO | Horas diarias disponibles * |
| Dermatología | 5.4 |
| Endocrinología | 15.5 |
| Fisiatría | 2.0 |
| Gastroenterología | 7.2 |
| Ginecología | 8.0 |
| Hematología | 5.0 |
| Infectología | 3.0 |
| Nefrología | 5.6 |
| Neumología | 5.0 |
| Neurología | 13.0 |
| Oncología | 24.0 |
| Pediatría General | 28.0 |
| Psiquiatría | 10.0 |
| Reumatología | 4.0 |
| Algología | 1.6 |
| Cirugía Cardiovascular | 1.3 |
| Cirugía General | 22.5 |
| Cirugía Maxilofacial | 1.8 |
| Cirugía Plástica | 4.0 |
| Neurocirugía | 14.0 |
| Oftalmología | 42.0 |
| Ortopedia | 26.0 |
| Otorrinolaringología | 18.6 |
| Urología | 8.8 |
| Odontología | 24.6 |
| Psicología | 23.0 |
| Nutrición | 11.2 |
| Servicios por Convenio | 8.0 |

* Horas diarias disponibles = Espacio físico (consultorio) + recurso de enfermería

○ **Camas Hospitalarias**

En relación a la dotación de camas, la definición de asignación de las camas para el año 2023 se analiza a la luz de los resultados de la producción, el perfil epidemiológico y el resultado de los indicadores de producción en los últimos 5 años. La tendencia de camas muestra la estrategia del Hospital a la disminución de camas hospitalarias y aumento de camas para manejo ambulatorio o lo que en el Hospital considera Hospital de día, con el objetivo de hacer más eficientes los servicios de internación y reducir los costos de operación.

Al realizar el análisis para la programación 2023, se ha evaluado la gestión, verificando que la Pandemia Covid-19 sigue afectando los resultados de la producción e indicadores de gestión especialmente en los servicios de medicina y cirugía de mayor demanda; por lo que durante el 2021-2022 se han tenido que realizar ajustes para disponer de camas, realizando los ingresos de los pacientes en donde exista cupo, independiente de la especialidad a la que corresponde, dado que por la reducción de espacios para la atención de Covid-19, no ha sido posible dotar a todas las especialidades de sus espacios y mucho menos ampliar, por lo que el Hospital se ha visto en la urgente necesidad de atender a los pacientes aún a costa de no poder cumplir con los protocolos de distanciamiento físico; y aunque el índice de ocupación del Hospital está abajo del 85%, la realidad es que ese resultado no evidencia la realidad, ya que en los últimos dos años se han incluido las camas de Covid-19, las cuales no fueron utilizadas como se había previsto, pero como medida de seguridad para la población infantil debía preverse, por lo que al revisar los resultados de algunos servicios como Oncología, Infectología, Cirugía Plástica, Cirugía General y Neonatología, se evidencia una ocupación arriba del estándar especialmente en algunos meses que en los cuales el Hospital año con año experimenta un rebalse.

➤ **Dotación de Camas 2023**

Luego de realizar los análisis pertinentes, basados en observación de la evolución de la Pandemia Covid-19, la demanda atendida, las condiciones externas, el perfil epidemiológico, la producción de los servicios, los espacios físicos disponible y otros aspectos importantes en el funcionamiento hospitalario, se ha definido que la Dotación de Camas para el 2023 será la siguiente:

| SERVICIOS DE HOSPITALIZACION | Camas Instalada para Funcionamiento en el 2023 | | |
|---|--|---------------------------|-------|
| | No. DE CAMAS CENSABLES (1) | No. DE CAMAS NO CENSABLES | |
| | | Camas | Otros |
| SERVICIOS DE HOSPITALIZACION | | | |
| Servicios por Convenios | 8 | | |
| Medicina Interna | 23 | - | |
| Oncología (Hospitalización Torre) | 24 | - | |
| Oncología II (Hospitalización Centro Ayúdame a Vivir) | 18 | - | |
| Infectología | 36 | - | |
| Nefrología | 9 | - | |
| Hematología | 14 | - | |
| Neonatología | 22 | - | |
| Cirugía General | 26 | - | |
| Cirugía Plástica | 13 | - | |
| Neurocirugía | 20 | - | |
| Oftalmología | 4 | - | |
| Otorrinolaringología (8) | 5 | - | |
| Ortopedia | 14 | - | |

| SERVICIOS DE HOSPITALIZACION | Camas Instalada para Funcionamiento en el 2023 | | |
|--|---|------------------------------|-------|
| | No. DE CAMAS CENSABLES (1) | No. DE CAMAS NO CENSABLES | |
| | | Camas | Otros |
| SERVICIOS DE CUIDADOS CRITICOS | | | |
| Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) | - | 16 | - |
| Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgicos | - | 6 | - |
| Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) | - | 26 | - |
| SERVICIOS DE HOSPITAL DE DIA | | | |
| Observación de Servicios por Convenio | | 2 | |
| Nefrología Ambulatoria | - | 2 | |
| Diálisis Hospitalaria | - | - | 8 |
| Diálisis Ambulatoria (DPCA) | - | - | 6 |
| Hemodiálisis | - | - | 8 |
| Centro Ayúdame a Vivir (Oncología I - Ambulatoria) | - | - | 18 |
| Hematología Ambulatoria | - | 6 | |
| Observación (Emergencia) | - | 7 | |
| Máxima Urgencia | - | 5 | |
| Cirugía Plástica Ambulatoria | - | 3 | |
| Cirugía Ambulatoria (9) | - | 4 | |
| Oftalmología Ambulatoria | - | 3 | |
| Otorrinolaringología Ambulatoria | - | 2 | |
| Total Camas de Hospitalización | | 236 | |
| Total Camas de Cuidados Críticos | | 48 | |
| Total Camas Hospital de día | | 74 | |
| TOTAL DE CAMAS | | 358 | |

Notas Aclaratorias:

- (1) **Se consideran Camas Censables**, aquellas asignadas para internación de pacientes y en las cuales se generan egresos hospitalarios que tienen una estancia mayor de 24 horas (Camas, Cunas)
 - (2) **Son Camas No Censables** las camas de tránsito de pacientes, como las de Cuidados Críticos, también aquellas asignadas para atención de pacientes a los cuales se les realizan atenciones y/o procedimientos ambulatorios, y su estancia no excede las 24 horas, por lo que se considera Hospitalización de día, en la cual para la atención de los pacientes se asignan camas
 - (3) En el Hospital estas son sillones o camillas, pero se consideran como camas para las Atenciones de Hospitalización de día
 - (4) Las instalaciones en donde estaba ubicado este servicio están siendo utilizados para la Atención de Pacientes Covid-19, por lo que fueron trasladados del 2021, por las condiciones actuales se ha tenido que reducir temporalmente su oferta de servicio y de camas. Se gestionará la evaluación de la reubicación y ordenamiento del servicio conforme se evalúe el comportamiento y tendencia del Covid-19
 - (5) En este servicio existen 27 Camas censables, sin embargo, por la Pandemia Covid-19, se han tenido que redistribuir las camas, asignando en las mismas instalaciones del Servicio, el servicio de Oftalmología, al cual se le han asignado 7 Camas (4 censables y 3 no censables).
 - (6) Por la Pandemia Covid-19, a finales del mes de marzo de 2019 se cerraron las camas de este servicio, proporcionando su atención de Hospitalización en las camas de otros servicios, situación que seguirá en el 2023, funcionando en el Servicio de Neurocirugía con la asignación de 7 camas, de las cuales 4 serán censables y 3 no censables
 - (7) Por la Pandemia Covid-19, a finales del mes de marzo de 2019 se cerraron las camas de este servicio, proporcionando su atención de Hospitalización en las camas de otros servicios, situación que seguirá en el 2023, funcionando en el Servicio de Ortopedia con la asignación de 7 camas, de las cuales 5 serán censables y 2 no censables
 - (8) Este servicio es para la atención de pacientes que requieren cirugía ambulatoria y depende del Centro Quirúrgico
- En la Dotación de camas definida desde el 2020 al 2022 se reajustaron camas y reasignaron espacios físicos a fin de incluir Camas para Covid19, las cuales se cerraron progresivamente en el 2022, pero debido a que las instalaciones requieren de reordenarse y/o remodelación para ser utilizadas nuevamente para el funcionamiento ordinario de los servicios, se continuará en el 2023 con la reducción de camas de los servicios afectados en la Pandemia Covid-19
- La definición de Dotación de Camas del 2023, es producto de la evaluación y análisis realizado por los Jefes de División Médica y Quirúrgica en coordinación con los Jefes de Departamento de las Especialidades Médicas y Quirúrgicas, con el apoyo de la Unidad de Planificación, y la revisión y autorización de la Dirección y muestra una reducción de camas del 11% en relación al 2022, de dicho porcentaje el 7% corresponde a la disminución de camas destinadas para Covid-19.

➤ **Quirófanos**

| Horas diarias disponibles de Quirófanos para Cirugía Mayor 2023. | | |
|---|--|--|
| Concepto | No. total horas diarias disponibles para Cirugía Electiva | No. total horas diarias disponibles para Cirugía Emergencia |
| Quirófano 1 | 8.05 | |
| Quirófano 2 | 8.05 | |
| Quirófano 3 | 8.05 | |
| Quirófano 4 | 6.05 | |
| Quirófano 5 | 6.05 | |
| Quirófano 6 | 6.05 | |
| Quirófano 7 (Emergencia) | 6.05 | 0.00 |
| Quirófano 8 (Quemados) | 8.05 | Alternativo |
| Quirófano 9 (Emergencia) | | 20.45 |
| Quirófano 10 (Emergencia) | | 8.05 |
| Quirófano 11 | 0.00 | 0.00 |
| TOTAL | 56.40 | 28.50 |

Dotación de Quirófano 2023 a reportar en el SPME

| Concepto | Año 2023 | | | |
|----------------------|-------------------|--------------------|--|--|
| | Existentes | Funcionando | No. total horas diarias programadas para Cirugía Electiva | No. total horas diarias programadas para Cirugía Emergencia |
| Quirófano Emergencia | 3 | 3 | | 28.5 |
| Quirófano Pediátrico | 8 | 6 | 56.4 | |

F. Estándares de Infraestructura para Metas 2023

| Consulta externa | Tiempo en Horas Promedio por Consulta, Año 2023 | Pacientes x hora |
|---|--|-------------------------|
| Pediatría General | 0.25 | 4 |
| Ginecología | 0.25 | 4 |
| Sub Especialidades Médicas - quirúrgicas Pediátricas | 0.25 | 4 |
| Bienestar Magisterial / Servicios por Contrato | 0.25 | 4 |
| Nutrición | 0.50 | 2 |
| Psicología | 1.00 | 1 |
| Optometría | 0.25 | 4 |

| Consulta externa | Tiempo en Horas Promedio por Consulta, Año 2023 | Pacientes x hora |
|-------------------------------|---|------------------|
| Consulta Externa Odontológica | Tiempo en Horas Promedio por Consulta, Año 2023 | Paciente x hora |
| Odontológica de primera vez | 1.00 | 1 |
| Odontológica subsecuente | 0.50 | 2 |
| Consulta Emergencia | Tiempo en Horas Promedio por Consulta, Año 2023 | Paciente x hora |
| Emergencia | 0.50 | 2 |

| Estándares de Días de Estancia Promedio | |
|---|--|
| Servicio Hospitalario | Promedio de Días Estancia utilizados para Metas 2023 |
| Cirugía Pediátrica | 4.04 |
| Cirugía Reconstructiva Pediátrica | 5.29 |
| Hematología Pediátrica | 6.16 |
| Infectología Pediátrica | 8.10 días para 32 camas de paciente agudos y 127 días para 4 camas de pacientes crónicos |
| Medicina Interna Pediátrica | 8 días para 18 camas de pacientes agudos, el resto de camas son para crónicos con estancias de un año |
| Nefrología Pediátrica | 11.36 |
| Neonatología | 17.16 |
| Neurocirugía Pediátrica | 3.00 para 6 camas de cuidados mínimos y 6.76 para 14 camas de crónicos |
| Oftalmología Pediátrica | 3.82 |
| Oncología Pediátrica | 17.56 días para 24 camas, 15 días para 4 camas de paliativos y 5.88 días para 18 camas de pacientes con estancias cortas |
| Otorrinolaringología Pediátrica | 2.88 |
| Ortopedia / Traumatología | 5.04 |
| Servicios por Convenio | 3.20 |

| Quirófano Cirugía Mayor Electiva | Horas Promedio por Cirugía, Año 2023 | |
|-------------------------------------|--------------------------------------|------|
| Cirugía General Pediátrica | | 2.00 |
| Cirugía Sub Especialidad Pediátrica | | 3.00 |
| ➤ Cirugía General | 2.00 | |

| | | |
|--------------------------|-------------|--|
| ➤ Cirugía Cardiovascular | 6.50 | |
| ➤ Cirugía Maxilofacial | 3.00 | |
| ➤ Cirugía Neonatal | 4.00 | |
| ➤ Cirugía Oncológica | 4.00 | |
| ➤ Cirugía Plástica | 2.50 | |
| ➤ Neurocirugía | 3.50 | |
| ➤ Oftalmología | 2.00 | |
| ➤ Ortopedia | 2.50 | |
| ➤ Otorrinolaringología | 2.50 | |
| ➤ Urología | 4.00 | |

Fuente: Departamento de Centro Quirúrgico, en base a registros internos por médico y especialidad 2019- 2021

G. Estructura y Caracterización del Talento Humano

El capital humano, es considerado 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.

En el Hospital la Planta de Recursos Humanos ha tenido un crecimiento en los últimos años tal como se puede evaluar en el cuadro siguiente:

| Detalle de Plazas Nuevas por Año | | | | | |
|---|-----------------------|-------------|--------------|----------------------|------------------------------------|
| AÑO | Ley de Salario | GOES | TOTAL | Plazas Nuevas | Porcentaje de Plazas Nuevas |
| 2018 | 1,381 | 2 | 1,383 | | 0.0% |
| 2019 | 1,413 | 0 | 1,413 | 30 | 2.16% |
| 2020 | 1,412 | 28 | 1,440 | 27 | 1.91% |
| 2021 | 1,396 | 190 | 1,586 | 146 | 10.14% |
| 2022 | 1,366 | 203 | 1,569 | -17 | -1.07% |

El cuadro evidencia que desde el 2019 se ha incrementado el número de plazas asignadas al Hospital, pero la Pandemia Covid-19, hizo ver con mayor claridad la necesidad del recurso humano, por lo que es entre 2020-2021 es en donde se logró un mayor porcentaje de nuevas plazas. La reducción de plazas del 2022 responde al personal destacado en el Centro Nacional de Radioterapia, que antes era parte del Hospital y que por instrucción Ministerial paso a ser dependencia de otro establecimiento.

Es importante mencionar que en la gestión del Recurso Humano del Hospital existen tres aspectos fundamentales a considerar, primero la Dotación del Recurso Humano, segundo las Condiciones laborales y tercera la calidad y desarrollo del recurso humano.

➤ **Dotación del Recurso Humanos**

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 tres se han venido realizando acciones como: ordenamiento de plazas, algunas contrataciones nuevas tanto en plazas que quedan vacantes, como plazas reclasificadas.

El recurso humano del Hospital está conformado por todos los funcionarios, quienes son responsables del cumplimiento de los objetivos y metas y por quien se deben realizar estrategias para lograr un mejor desempeño organizacional; por lo que la gestión del Recurso Humano debe centrar sus funciones en lograr que los empleados estén adheridos a la misión del Hospital y contribuir al cumplimiento de los objetivos institucionales.

El Hospital para cumplir con su oferta de servicios, cuenta con una dotación de plazas aprobadas (informe a septiembre de 2022), la cual fluctúa mensualmente debido a las renunciaciones presentadas, los ascensos y traslados de personal. Cabe aclarar que el número de personas generalmente no coincide con el número de plazas ya que un médico puede utilizar más de una plaza de 4 horas, o bien una plaza de 8 horas puede ser compartida hasta por cuatro médicos 2 horas cada una.

| Clasificación | Plazas | Porcentajes |
|------------------------|---------------|--------------------|
| Médicos | 241 | 15% |
| Residentes | 92 | 6% |
| Internos | 62 | 4% |
| Enfermeras | 529 | 34% |
| Profesionales de Apoyo | 279 | 18% |
| Odontólogos | 12 | 1% |
| Administrativos | 236 | 15% |
| Servicios Generales | 117 | 7% |
| Total | 1,568 | 100% |

Fuente: Registros del Departamento de Recursos Humanos

Para lograr el funcionamiento del Hospital la Dotación de Recursos humanos está distribuido conforme al siguiente detalle:

| Áreas de Atención | N° de Plazas | Proporción |
|---------------------------------|---------------------|-------------------|
| Asistencial | 936 | 60% |
| Apoyo Diagnóstico y Terapéutico | 279 | 18% |
| Servicios Generales | 117 | 7% |
| Administrativos | 236 | 15% |
| Total | 1,568 | 100% |

Fuente: Departamento de Recursos Humanos

Un aspecto importante en el análisis de la gestión de la Dotación del Recurso Humano es la estratificación por edad, ya que esto permite prever los posibles cambios generacionales, por tal

razón en el Hospital, se ha evaluado este aspecto y los resultados son los que se presentan en el cuadro siguiente:

| Rangos de Edad todo el Personal | | |
|--|-----------------------|-------------------|
| Rangos de Edad | N° de Recursos | Proporción |
| De 20 a 30 años | 279 | 18% |
| De 31 a 40 años | 313 | 21% |
| De 41 a 50 años | 363 | 24% |
| De 51 a 60 años | 426 | 28% |
| De 61 a 70 años | 127 | 8% |
| De 71 a 80 años | 18 | 1% |
| Total | 1,526 | 100% |

Fuente: Departamento de Recursos Humanos

| Rangos de Edad Personal de Enfermería | | |
|--|-----------------------|-------------------|
| Rangos de Edad | N° de Recursos | Proporción |
| De 20 a 30 años | 66 | 12.6% |
| De 31 a 40 años | 134 | 25.5% |
| De 41 a 50 años | 132 | 25.1% |
| De 51 a 60 años | 171 | 32.6% |
| De 61 a 70 años | 20 | 3.8% |
| De 71 a 80 años | 2 | 0.4% |

Fuente: División de Enfermería

De acuerdo a los datos del cuadro anterior se puede constatar que el 37% de la población supera los 50 años de edad, considerando que la edad de jubilación está entre los 55 y 60 años, es conveniente realizar un análisis exhaustivo a fin de determinar que áreas necesitan cambio generacional y/o posibles planes de capacitación para apoyar las áreas que quedarán desprotegidas cuando este porcentaje de la población laboral se retire. Además, en la tabla se muestra que el 9% de la población está en el rango de 61 a 80 años, por lo que sería conveniente que se establecieran estrategias o planes de jubilación que promuevan el retiro voluntario, dado que los Hospitales requieren de fuerza laboral activa y proactiva en función de la calidad de atención.

➤ **Condiciones Laborales**

Siendo el Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom una dependencia del Ministerio de Salud, y una institución pública, se rige por las leyes y normativas de los empleados públicos. Por lo

que cada empleado tiene todos los derechos y prestaciones comprendidas en la Ley del Servicio Civil y el Reglamento Interno de Recursos Humanos.

Actualmente el Hospital posee mil quinientas veintiséis plazas ocupadas de las cuales el 70% es personal femenino distribuido en todas las áreas del Hospital. La población laboral del hospital ha venido creciendo desde el 2019 y esto se debe a que durante el año 2020 en la crisis de la Pandemia COVID-19 ingresaron más de 140 plazas por contrato de Servicios Profesionales para fortalecer el área Médica, Enfermería, Administrativos y servicios de apoyo; las cuales fueron absorbidas por contrato Fondo General durante la formulación presupuestaria 2021.

El 37% de la población del Hospital es mayor de 50 años de edad siendo esta una de las principales causas del incremento de las cartas de Medicina del trabajo que limitan a los empleados a hacer actividades específicas. Así mismo, por la Pandemia COVID-19 el incremento de las incapacidades ha sido notorio de forma que se procesan más de 1200 permisos y licencias mensualmente. Entre los padecimientos más comunes que se han registrado en estos últimos años se encuentran: Las enfermedades respiratorias, las lumbalgias, hipertensión, diabetes, esguinces y fracturas. En relación a los accidentes laborales el porcentaje es mínimo (0.78%), y en su mayoría son de trayecto y no dentro de la institución por lo que se deduce que la labor interna en materia de Seguridad Ocupacional está siendo bien manejada por los Comités correspondientes.

Otro aspecto a considerar en las condiciones laborales del Hospital es la situación que genera las ausencias por misiones oficiales o traslados, ya que la cantidad de empleados que son requeridos para realizar trabajos en otras dependencias es frecuente y además hay recursos que son trasladados para cubrir cargos en otras instituciones (0.5%), los cuales no son reemplazados ni sustituidos para cubrir las funciones que dejan en el HNNBB.

También otro factor que afecta el clima laboral y preocupa es el ausentismo laboral, ya que si bien es cierto el personal tiene derechos concedidos por ley, no existe personal comodín o fondos para pago de contratos para interinatos con los cuales se pueda cubrir los puestos que quedan descubiertos por ausencias prolongadas. De enero a junio el ausentismo registrado es el que se muestra en el cuadro siguiente:

| Clasificación del RRHH | Porcentaje de Ausentismo |
|-------------------------------|---------------------------------|
| Médicos | 7% |
| Residentes | 4% |
| Enfermeras | 10% |
| Profesionales de Apoyo | 8% |
| Odontólogos | 7% |
| Administrativos | 8% |
| Servicios Generales | 7% |
| Total General | 8% |

Fuente: Registro del Departamento de Recursos Humanos

Con relación al ausentismo presentado es importante mencionar que a pesar de la cantidad de permisos presentados y procesados durante los primeros seis meses del año 2022; el porcentaje por disciplina no se ha visto elevado, pero eso se debe al número de plazas nuevas

contratadas, ya que el personal nuevo según la Ley de Asuetos y vacaciones no pueden presentar permisos hasta cumplidos los 6 meses dentro de la institución.

Dentro de la condición laboral no debe dejarse analizar la administración de Salarios actual, la cual no depende de la gestión interna, pero la afecta, porque existen muchos empleados desempeñando funciones diferentes a su cargo y de mayor responsabilidad a quienes no se les ha podido reclasificar la plaza debido a la falta de fondos a pesar que se han hecho las gestiones ante el MINSAL, tal es el caso entre otras el de las Jefaturas de Informática, Lavandería, y Estadística, así como Auxiliares de enfermería realizando funciones de Enfermera. Así mismo existen plazas de Médicos especialista y Enfermera que poseen salarios inferiores a los que las mismas plazas en la Ley de Salarios otorga a plazas de la misma denominación, tal es el caso de los Médicos especialistas (2 horas diarias) con un salario base de ciento ochenta y dos dólares (\$182.00) y la misma plaza en otra partida se le paga trescientos sesenta y cinco (\$365.00); Enfermeras con un base de trescientos setenta y un dólares cuando el mismo cargo en otra partida ganan quinientos dos 29/100 (\$502.29) las cuales se ha tratado de nivelar en dos ocasiones pero no ha sido autorizado.

También en las condiciones laborales es importante analizar el ordenamiento de funciones y la carga laboral en todas las disciplinas. En Enfermería se han estado realizando acciones y estrategias para cubrir la demanda de atención, pero la situación se torna complicada con las ausencias justificadas, dada su situación, pues del total de plazas ocupadas el 5% realizan funciones de jefe, el 3% la supervisión, 51% son enfermeras hospitalarias, de las cuales el 3% están nombradas en plazas de auxiliares, el 28% son auxiliares y el 14% son Ayudantes de Enfermería. Considerando que el Hospital es especializado y de tercer nivel de atención, se requiere un mayor número de plazas de enfermera, ya que las actuales están sobrecargadas en sus funciones, el no poder reclasificar las plazas de auxiliar con la nivelación salarial respectiva afecta el funcionamiento operativo del Hospital, por lo que se hace necesario realizar un análisis para determinar el número de recurso de enfermería requeridos y gestionar su contratación, considerando la cantidad de camas censables y no censables del Hospital y los servicios ambulatorios que requieren la atención del recurso de enfermería.

Es importante mencionar que el Hospital a pesar de las limitantes presupuestarias, ha realizado esfuerzos para mejorar las instalaciones físicas incluyendo en las remodelaciones, las áreas de trabajo a fin de que las condiciones laborales sean en un ambiente agradable.

➤ **Calidad y Desarrollo del Recurso Humano.**

Un desafío al que se enfrentan las autoridades del Hospital está fundamentado, entre otros aspectos, en la gestión de su recurso humano hacia una labor orientada a alcanzar la eficacia y eficiencia, con el fin de lograr los objetivos propuestos y cumplimiento de los estándares de rendimiento que exigen las condiciones actuales, porque aunque se cuente con recursos económicos para la ejecución de las actividades, con tecnología de vanguardia o edificaciones que respondan a los estándares internacionales, estos no son elementos suficientes si no se cuenta con personal apto para la ejecución de dichos recursos financieros, para la aplicación de las herramientas tecnológicas de punta o para la ocupación de la capacidad instalada, ya que la calidad del recurso humano es quien hace posible el logro de objetivos y cumplimiento de la Misión, de lo contrario la consecuencia es la existencia de servicios deficientes para satisfacer las necesidades y demandas de los usuarios, así como también el incumplimiento de los objetivos y las metas organizacionales.

En el Hospital para lograr la calidad y Desarrollo del Recurso Humano, se realizan acciones concretas, sin embargo éstas se ven afectadas por factores que limitan el progreso esperado. Entre los factores considerados en el análisis de la gestión del recurso humano, se mencionan los siguientes:

- Desarrollo y ejecución del Plan de Capacitación: Se cuenta con este Plan, el cual de enero a septiembre 2022 tiene un porcentaje de cumplimiento del **136%**, lo cual se debe a que se han tenido que incorporar al Plan requerimientos de Capacitación que no estaban considerados cuando se elaboró el Plan, pero que son necesario para la formación del personal.
- Implementación de Estrategias para fortalecer el proceso de Desarrollo de Capacitación y Desarrollo: Se realiza coordinación continua para lograr la participación en la ejecución del Plan de Formación, se utilizan diversas metodología tales como: Conferencias Semi-presenciales, Invitación vía correo, wasap, utilización de plataformas virtuales para video conferencias como ZOOM, Google Meet, etc..
- Que además de las capacitaciones se realizan otras actividades de Educación, como son Docencia y Educación en Salud, las cuales se planifican anualmente, pero que por la necesidad se incrementan en la ejecución por lo que al mes de septiembre se han cumplido en función de lo programado en Docencia en un 133% y Educación en Salud en un 145%
- Gestión de Especializaciones, Diplomados y Cursos con apoyo externo, tanto a nivel nacional como internacional.
- Desarrollo de un Plan de motivación del personal que incluye entre otros: Celebraciones, Reconocimientos, dotación y/o actualización de instrumentos y medios de trabajo.

Para lograr un mejor desarrollo del personal, además de evaluar el funcionamiento se ha analizado la situación del recurso humano, lo cual permite 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:

- No se cuenta con presupuesto para prestaciones adicionales a los de la ley
- Un porcentaje alto 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 el aprovechamiento y participación en el Plan de Capacitación y 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
- Factores externos que afecta la aplicación de leyes laborales

En relación a la calidad del recurso humano, hay aspectos fundamentales a considerar, entre estos los problemas relacionados con los temas actitudinales, de valores y de competencias entre otros, para todo esto es prioritario la implementación de la política de recursos humanos; y el establecimiento de 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 reducir la resistencia al cambio, el aprovechamiento del tiempo y 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.

H. Medicamentos e Insumos Médicos

La gestión del abastecimiento de Medicamentos, implica tener presente que el acceso a medicamentos de calidad, es mucho más que recibir medicinas para proporcionar a los usuarios sino que estas deben satisfacer tanto las necesidades de los usuarios, así como a todo el sistema, los medicamentos de calidad deben permitir construir confianza en éste, por el beneficio directo que representa para su salud. Por tanto, es fundamental comprender que el derecho a la salud, más allá de una buena atención, debe conllevar una provisión de medicamentos e insumos de calidad que les permitan satisfacer las necesidades percibidas.

En el Hospital de enero a octubre de 2022 se ha tenido un abastecimiento promedio de medicamentos del 91.86%, lograr este porcentaje requiere mucho esfuerzo, ya que se tiene que realizar gestiones tanto a nivel interno, como con el Ministerio y la red, pero este esfuerzo vale la pena porque ha sido de mucho beneficio para la gran mayoría de los pacientes, sin embargo, es de hacer notar que para alcanzar este nivel de abastecimiento y proveer a los usuarios se ha tenido que comprar con los fondos del Hospital, entre otras razones porque las dificultades con las ofertas de algunos medicamentos y por la demora en la dotación de medicamentos adquiridos en la compra conjunta.

En relación a los insumos, se tiene un desabastecimiento mayor, primero porque la asignación presupuestaria es mucho menor que la necesidad real, eso se muestra en el histórico de uso de dichos insumos y la demanda de los mismos, realizada en los pedidos a utilizar en el Hospital y también porque hay limitación de los oferentes en muchos de los insumos requeridos.

Otro aspecto importante que afecta la provisión oportuna de medicamentos e insumos es el aspecto legal, para la realización de los procesos de compra. Se espera que para el 2023, la gestión de compra y dotación de Insumos y Medicamentos pueda ser mejorada y en el Hospital se ha estimado que el número de medicamentos del cuadro básico podría ser mayor del actual si se incorporan medicamentos mejores para los tratamientos efectivos de los pacientes.

Un aspecto importante a destacar en la gestión de medicamentos e insumos del Hospital, es que se han realizado esfuerzos para sistematizar el proceso de compras y el control sobre los inventarios, ya que es claro que la gestión de inventario, es un elemento crítico de la cadena de suministro. Para la Dirección del Hospital el objetivo de la gestión de inventario es de vital importancia, puesto que considera que se debe tener los productos correctos, adecuados y en el momento preciso que se requieren; para proporcionar la atención que el paciente requiere; por lo que conscientes de esta necesidad, con el apoyo de su equipo técnico evidenciaron la necesidad de visibilizar el inventario real, con la finalidad de saber cuándo se debe hacer los pedidos, cuánto se debe pedir y dónde almacenar las existencias; y fue así como se desarrolló una aplicación informática que facilita no solo el control para la gestión de compra, sino también el aprovechamiento del sistema de Almacenes (el cual fue implementado en todos los servicios

de Hospitalización), con la finalidad de realizar un control integral de los inventarios, lo cual es de gran beneficio para la identificación oportuna de necesidades y la toma de decisiones para realizar mejor la gestión de los medicamentos e insumos.

I. Equipamiento de los Servicios.

En esta gestión se realizó una renovación considerable de equipos especialmente biomédicos. En términos generales el equipamiento lo podemos describir de acuerdo al siguiente detalle:

➤ **Equipo de Lavandería**

En este rubro se tiene serias dificultades con la compra de los repuestos que se solicitan, actualmente se encuentran fuera de servicio dos lavadoras por falta de repuestos.

Con las secadoras de ropa, se efectuó la gestión de compra de un equipo nuevo, el proveedor solicitó prórroga en el plazo de entrega y se está esperando su recepción.

➤ **Equipo de Cocina y Fórmulas Lácteas**

En Alimentación y Dietas, los equipos se encuentran funcionando con confianza, en fórmulas lácteas, los dos autoclaves presentan fallas frecuentes y ya han sido modificados para que continúen funcionando, es recomendable que se realice la sustitución a corto plazo.

También es recomendable que se realice una remodelación de estos ambientes en cuanto a los espacios y acabados de paredes y pisos para que cumplan la normativa para ambientes de preparación de alimentos. El ambiente de fórmulas lácteas se encuentra en proceso de remodelación parcial.

➤ **Equipo Biomédico**

Para el funcionamiento de la Sección Biomédica cuenta con seis técnicos y un supervisor, recurso humano calificado en un 80% con capacidad para reparar los equipos biomédicos siempre y cuando los repuestos estén disponibles. Es de mencionar que se tiene deficiencia con el mantenimiento de los equipos de nueva generación ya que estos son de alta tecnología y el personal técnico no se está siendo capacitado para el mantenimiento adecuado de dichos equipos, lo cual obliga a que se contraten empresas para su mantenimiento. Además se posee herramientas de media vida, equipos de medición relativamente nuevos pero ya discontinuados y que requieren de calibración.

La sección tiene a cargo el mantenimiento de 1,200 equipos biomédicos aproximadamente, sin contabilizar el instrumental quirúrgico, estetoscopios, lámparas de examen (otoscopios, oftalmoscopios directos e indirectos), negatoscopios, lámparas de reconocimiento, etc., equipos que son revisados por nuestra sección, cabe mencionar que el recurso humano está reducido desde hace aproximadamente seis años, al no reemplazarse tres recursos que se retiraron de la institución y el hospital ha crecido en equipamiento e infraestructura.

En el cuadro siguiente se presenta un resumen de los equipos biomédicos.

| CUADRO RESUMEN DE QUIPOS BIOMEDICOS | | | | |
|--|---------------------------------|-----------------|-------------|--|
| No. | Equipo | Cantidad | | Observaciones (Situación Actual de los Equipos) |
| | | 2021 | 2022 | |
| 1 | Máquinas de Anestesia | 19 | 20 | 4 de reciente adquisición, 10 su vida útil ya termino y están descontinuadas, todos en funcionamiento. |
| 2 | Ventiladores | 85 | 116 | 15 equipos de reciente adquisición, de 14 ya termino su vida útil y están descontinuados, pero siguen funcionando. |
| 3 | Incubadoras | 67 | 72 | El 75 % de recién adquisición, funcionando |
| 4 | Cunas Térmicas | 7 | 7 | 5 de reciente adquisición y funcionando y 2 son obsoletos |
| 5 | Monitores | 100 | 253 | 70 de reciente adquisición, 75% de equipos sin funcionar por falta de accesorios. |
| 5 | Electrocauterios | 17 | 19 | 4 de reciente adquisición, el 50% ya terminó su vida útil y están descontinuados |
| 6 | Desfibriladores | 11 | 17 | 7 de reciente adquisición, 3 en espera de repuesto por batería y otro descontinuado |
| 7 | Equipos de Ultrasonografía | 13 | 17 | 6 de reciente adquisición, 7 funcionando y 4 equipos que su vida útil ya termino y están descontinuados |
| 8 | Equipos de Rayos-X (Salas) | 3 | 3 | 2 ya terminaron su vida útil y están descontinuados. |
| 9 | Equipos portátiles | 5 | 5 | Equipos de media vida, funcionando. |
| 10 | Tomografía Axial Computarizada. | 1 | 1 | Equipo de media vida, funcionando |
| 11 | Resonancia Magnética | 1 | 1 | Equipo funcionando con artefactos |

J. Condiciones de la Planta Física e Infraestructura.

Para mantener adecuadamente las condiciones de la planta física es indispensable la realización del mantenimiento a fin de enfrentar el deterioro ya sea por el paso de los años, o el uso inadecuado de los usuarios internos y externos. En el Hospital la demanda de órdenes de mantenimiento es elevada en trabajos de reparación y remodelación, siendo más notorias las reparaciones de artefactos de fontanería, red de tuberías de agua y drenajes y equipos considerados como de tipo "industrial" (sistemas de bombeo, aire acondicionado y refrigeración, generadores de aire comprimido, vacío médico, secador de ropa, cocina, etc.).

Tal como se ha manifestado en reiteradas ocasiones, no se cuenta con los recursos humanos necesarios para atender la demanda de trabajo, ni el presupuesto requerido para la adquisición de repuestos. En el 2022 se han experimentado dificultades en los procesos de adquisición de repuestos a los que no se les ha dado la celeridad requerida afectando el funcionamiento de equipos importantes como lavadoras, secadores de ropa, compresores, etc.

La limitación del recurso humano, se complica por las frecuentes incapacidades médicas, personal con lesiones crónicas que limitan sus capacidades físicas para efectuar algunos trabajos, así como los periodos de vacaciones anuales y el hecho que en las secciones de mecánica General y Electromecánica se tiene personal de turno las 24 horas del día los 365 días al año.

En todas las secciones de mantenimiento las plazas que van quedando vacantes por el retiro del recurso humano, desde hace varios años no están siendo sustituidas, y la situación es crítica, especialmente en las secciones de conservación y Electromecánica. La falta de estos recursos operativos afecta la capacidad de respuesta y se dificulta la atención de las solicitudes de trabajo requeridas por los servicios y la ejecución del mantenimiento preventivo programado.

A lo descrito anteriormente se suma la falta de asignación presupuestaria adecuada; que durante varios años el presupuesto para mantenimiento no ha sido incrementado, lo cual afecta la ejecución del mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos y sistemas del hospital. Además, la falta de asignación presupuestaria, ha imposibilitado que mantenimiento ejecute obras relevantes de mejora en la infraestructura y proporcione el mantenimiento de equipos importantes para las actividades hospitalarias como son los sistemas de generación de aire comprimido y vacío médico, el barandal perimetral del complejo hospitalario de la torre.

No obstante, es importante destacar la gestión de las autoridades, quienes han logrado la realización de proyectos de mejoras importantes en las condiciones del Hospital, tanto en la planta física como en la infraestructura entre los que destacan: la remodelación de algunos servicios de Hospitalización, pintura externa e interna entre otros, sin embargo, la inversión de mantenimiento debe ser fija y constante, por lo que es necesario realizar un análisis y evaluación de estas condiciones, por lo que se mencionan los datos siguientes:

➤ **Barandal Perimetral.**

La condición actual del barandal exterior que rodea el hospital es de inseguridad y antiestético, se encuentra totalmente 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 varios años, pero a la fecha 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 son las que más demandan trabajo, debido a que 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.

➤ **Líneas Vitales**

Entre las líneas vitales que debe darse cuidado para su mantenimiento están:

- **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 en años recientes. Actualmente está en proceso la renovación del control automático del sistema de tratamiento de agua de las calderas (suavizadores), con esta actualización se mejorara la calidad de agua suministrada a las calderas y como consecuencia la eficiencia de los equipos optimizando el consumo de combustible.

- **Agua potable:**

Los sistemas de bombeo se encuentran funcionando con limitaciones, se requiere de instalación de un sistema de control automático para su funcionamiento óptimo en cascada. El sistema de baja presión que abastece los niveles del sótano al nivel 4, es el que presenta mayores problemas para mantener la presión estable; actualmente está en gestión de compra en espera de asignación de fondos el sistema para superar este problema. 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.

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; gestionamos su compra durante varios años y tampoco fue posible su adquisición por falta de asignación presupuestaria. 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 afectando la autonomía del Hospital en caso de desastres o falta prolongada en el suministro de ANDA.

- **Red anti- incendios:**

Los gabinetes contra incendios se encuentran completos con sus mangueras. Todos los extintores de incendios se encuentran recargados. La bomba que funciona con gasolina no funciona y es necesaria su sustitución para garantizar la seguridad en caso de incendios. Durante varios años se ha hecho la gestión para la adquisición de una nueva y sin resultados. Las otras dos bombas no funcionan y se requiere la sustitución de algunos elementos para lograr su funcionamiento en forma automática y así como la revisión y/o sustitución de válvulas de alivio y presostatos. El sistema contra incendios en cocina no funciona, es obsoleto y se requiere su modernización, se hicieron gestiones para su reparación pero ninguna empresa presento ofertas.

- **Climatización:**

Desde el año 2017 se sustituyó uno de los chillers, con lo cual se mejoró sensiblemente la climatización de áreas críticas; el otro chillers marca Carrier tiene aproximadamente 27 años de funcionamiento, actualmente en funcionamiento pero ya es obsoleto por lo que es conveniente su sustitución. Las 15 manejadoras de aire del sistema central de climatización se encuentran funcionando con deficiencias, son equipos antiguos y obsoletos y **requieren su sustitución en el corto plazo**. Adicionalmente, algunos de los equipos de aire acondicionado tipo central y mini Split se encuentran obsoletos y es necesaria la sustitución.

En base al reporte presentado por la sección de climatización, actualmente hay instalados en el Hospital Torre, anexo los siguientes equipos:

| Equipo | Cantidad |
|------------|----------|
| Mini Split | 315 |

| Equipo | Cantidad |
|---------------------|-----------------|
| Equipos Centrales | 15 |
| Chillers | 2 |
| Manejadoras de Aire | 30 |
| Cortinas de Aire | 6 |

Se observa un crecimiento constante en la cantidad de equipos mini Split instalados, lo que genera una mayor demanda de trabajo para sección de Climatización y un incremento en el consumo de energía eléctrica.

En la unidad de Climatización solamente consta de cuatro recursos operativos y el coordinador, el personal es insuficiente para brindar el mantenimiento a todos los equipos en la frecuencia y tiempo recomendado.

- **Energía eléctrica.**

El sistema eléctrico funciona confiablemente; en el transcurso de los años se han venido modernizando algunos componentes importantes de la subestación del Edificio Torre y Anexo. El espacio físico actual de la subestación de la torre es insuficiente, es necesaria una ampliación instalando dos celdas de emergencia y una celda de red normal para conexión de cargas futuras.

Los seis generadores de emergencia están funcionando sin problemas y recibiendo el mantenimiento preventivo programado. Es necesario mejorar la capacidad instalada de la red de emergencia de la torre, sustituyendo uno de los generadores por uno de mayor potencia. En el presente año se instaló un nuevo generador eléctrico para uso exclusivo del Laboratorio de Cateterismo instalado en el área del quirófano del segundo nivel.

Con los lineamientos de la actual dirección del Hospital, en todos los proyectos ejecutados se están sustituyendo las luminarias por paneles Led.

- **Elevadores.**

Todos los elevadores fueron sustituidos a finales del año 2016, actualmente se encuentran funcionando confiablemente; ocasionalmente se encuentran con botoneras dañadas y daños de puertas El elevador del edificio de Quemados, en donde se atiende pacientes de Covid-19, presenta fallas frecuentes que son atendidas por la empresa OTIS. Debido a que es único equipo de transporte vertical en el edificio, es importante evaluar su modernización y sustitución.

- **Gases médicos.**

En los proyectos de remodelación de Neonatos se ampliaron las redes de oxígeno y aire comprimido, el año pasado concluyó la sustitución de válvulas de control en la red de distribución de oxígeno, corrigiendo así las fugas detectadas en el sistema. Se está haciendo una revisión del sistema de aire comprimido médico para detectar fugas y gestionar su reparación.

Con los generadores de aire comprimido médico se tiene limitaciones con los procesos de compra de los repuestos que se solicitan, por segundo año se encuentra fuera de servicio del generador Beacon Medaes. El generador de aire comprimido industrial que se utiliza para diversos equipos como lavandería y arsenal, se encuentran trabajando a su máxima capacidad y en caso de mayor necesidad no tenemos capacidad para suplir la demanda. Se requiere

sustituir los filtros de línea para evitar el arrastre de aceite hacia los equipos que lo utilizan. 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 en el corto plazo. Se han hecho las gestiones de compra de los repuestos correspondientes sin resultados.

- **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 presupuestaria.

K. Sistemas Informáticos y Comunicaciones.

El Hospital cuenta con un sistema informático integrado y robusto, cuyo objetivo es optimizar los procesos institucionales y mejorar la información considerando los procesos internos y la integración con los Sistemas de Información del MINSAL. El proceso de mecanización se ha realizado sistemáticamente y de forma priorizada, iniciando con los procesos esenciales de Emergencia, Hospitalización y Consulta Externa, además de fortalecer otros sistemas de apoyo como: Centro Quirúrgico, Farmacia, Almacenes, stock en los servicios, sistema de adquisición de compras, etc. Con la sistematización se ha tratado de sentar las bases para contar con información oportuna y de mejor calidad, de tal manera que las jefaturas puedan tener a su alcance toda la información necesaria que les permita medir y cuantificar los resultados y les facilite la toma de decisiones basadas en evidencia. Además, informáticamente se ha estado trabajando en el desarrollo de sistemas, considerando que la información requerida sea de utilidad 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.

Una de las características más importantes del Sistema Informático de nuestro Hospital, es que todos los módulos están integrados entre sí, lo cual unifica y ordena el proceso y permite el cruce de variables para un mejor análisis de los resultados de la producción, así como para el establecimiento de acciones y/o planes de mejora de los procesos de atención.

Es importante mencionar que actualmente las condiciones del Equipo Informático incluyendo redes y el número de equipos y estado de los mismos esta de la forma siguiente:

Equipo informático: Este se ha incrementado considerablemente, gracias a los proyectos de remodelación y reconstrucción de áreas de atención especiales, que ha permitido incluir dentro de cada proyecto, la adquisición de 59 equipos nuevos. Actualmente se cuenta con un total de 400 computadores, de las cuales 236 están ubicadas en el edificio Torre, 164 en el Anexo. En su mayoría cuentan con su licenciamiento, 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, por 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, conforme 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 350 licencias de antivirus Mcaffee para servidores y estaciones de trabajo, software para el desarrollo de sistemas VISUAL NET 2012, 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. Cabe aclarar que con la nueva gerencia se le está apostando a la modernización de la institución encontrando mayor apoyo para el desarrollo de las TIC. En el año 2021 se adquirieron 75 computadoras nuevas para renovación de equipos y se está planificando seguir bajo un plan de renovación de equipo priorizado el cual será coordinado con apoyo de la dirección.

Infraestructura de red, Servidores y Seguridad: Esta ha sido mejorada considerablemente, ya que se ha ordenados el rack principal de centro de datos de la torre, además se ha colocado gabinetes certificados a todos los Switch en la red y agregados nuevos puntos de red, en base a los proyectos de desarrollo; adicionalmente 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 para los diferentes servicios que se prestan (Voz, Video, Datos); se han establecido redes por Edificio y niveles. En el año 2021 se han cambiado los switch's CORE del edificio torre y al inicio del 2022 los switch's Core del Edificio Anexo siendo todos de fibra, a la vez se han cambiado el cableado desde cada uno de estos (switch principales) a cada switch de última milla a través de fibra óptica, logrando aumentar la velocidad de acceso y mejorando el rendimiento de toda la red; para este año 2022 el servicio de internet se inició con 80 Mbps y se ha incrementado en el transcurso del año a 200 Mbps estos adquiridos por la institución y asimismo, el MINSAL nos ha proporcionado 150 mbps para enlaces entre hospitales parte del proyecto de gobierno; así mismo se posee la donación 22 mbps haciendo un total de 372 mbps; por otra parte se posee Infraestructura de Red Inalámbrica (67 router) estableciendo dos redes una pública y una privada las cuales son utilizadas de la siguiente manera: la pública para prestar el servicio de internet gratuito en todas los ambientes de atención de pacientes ambulatorios, hospitalarios y salas de esperas el cual es utilizado por los padres de familia y pacientes, siendo un proyecto totalmente social y muy útil a la población de acuerdo a entrevistas realizadas a las madres de los pacientes; la red inalámbrica privada es utilizada para la consulta de exámenes de laboratorio, radiología y utilización de sistemas de atención de pacientes en Emergencia y servicios de Hospitalización. Además, se ha ampliado el sistema de video vigilancia y mejorado, creando una red física independiente para evitar la saturación de la red de datos, voz e imágenes dicho sistema se han instalado en las áreas de atención de pacientes Hospitalizados, Emergencia, Edificio de Consulta Externa, UCI, angiógrafo, portones principales y áreas de estacionamiento, nueva pasarela que comunica Edificio Torre y Anexo, contando a la fecha con 136 cámaras y se tiene planificado implementar el centro de monitoreo con 54 cámaras adicionales con 4 monitores con personal a cargo de la video vigilancia. En el año 2021 se ha realizado la renovación de servidores, adquiriendo 2 servidores nuevos con capacidades muy amplias para el crecimiento de los proyectos actuales y futuros; quedando solamente por mejorar la SAM para contar con la infraestructura principal actualizada. En cuanto a los servidores se cuenta con servidores virtualizados en alta disponibilidad con VMWare, dos servidores físicos corriendo los servicios de (Dominio, DHCP, DNS, Active Director, PRTG, Consola de 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, es importante mencionar que los correos instituciones a partir del 2022 son administrados por el MINSAL con cuentas office 365. En relación a la seguridad se cuenta con un Firewall HILLSTONE 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. Además, se cuenta con SBDS de HILLSTONE hardware con inteligencia artificial 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, nos entrega las 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 y lo más importante que mitiga cualquier vulnerabilidad detectada de forma automática trabajando en sincronía con el firewall sin que una persona tenga que indicar la acción, logrando la automatización para mayor seguridad del hospital, además nos alerta vía correo de los cambios y amenazas detectadas ambos equipos trabajan con Suit en la nube utilizando inteligencia artificial.

Sistemas Informáticos: En cuanto al desarrollo de los sistemas informáticos, se han actualizado 36 módulos, algunos de los cuales 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 (TIAGE de consulta, Citas, Registro diario de consulta, Receta Electrónica, Preingreso de pacientes programado), 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, manejo de stock en los servicios), Centro Quirúrgico (realización de cirugías, Hospital de día, Programación de cirugías, visualización de cirugías programadas con seguimiento de paciente), 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, pedidos electrónicos, 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); así como la actualizaciones y mejoras de los Sistemas de acuerdo a las solicitudes de los usuarios.

Comunicación: El departamento de informática realiza una importante labor de apoyo a las comunicación, es así que a finales del 2021 e inicio del 2022 contribuyó a que se mejorara toda la red de los equipos biomédicos del hospital de manera centralizada en el servicio de imágenes médicas, certificando los puntos de red categoría 6 y enlazando la red biomédica a la red hospitalaria, se instalaron dos switch capa 2 en Edificio Torre y Edificio Anexo, para garantizar el ancho de banda para las consultas de imágenes que se podrán realizar desde cualquier equipo de la emergencia, consulta externa y hospitalización, para lo cual se ha instalado un servidor independiente para almacenar las imágenes de los exámenes de los equipos PAC, Resonancia Magnética y cualquier examen realizado en el servicio, mejorando el tiempo de respuesta de los exámenes en línea y la calidad de atención a los pacientes, la infraestructura informática ya está instalada y funcionando el proyecto está en ejecución durante el 2022; el cual solo está a la espera que el personal de biomédica integre todos los equipos biomédicos para aprovechamiento máximo de la infraestructura instalada.

Para la interconexión entre el edificio se posee 3 encales de fibra óptica para la conexión entre edificio torre, anexo y edificio de ayúdame a vivir con redundancia entre los tres edificios, adicionalmente como redundancia secundaria se posee 2 enlaces de banda ancha inalámbrica en caso de corte de las tres fibras los enlaces de antena entran en funcionamiento de manera automática para levantar los servicios sin que los usuarios perciban ningún cambio o problema en las comunicaciones de datos, telefonía voz/IP, video vigilancia, imágenes. También se cuenta con dos plantas telefónicas una en Edificio Torre, una Edificio Anexo en redundancia con troncales SIP de tal forma que si se cae una planta la otra administra todo el tráfico de llamadas entrantes y salientes dando mayor estabilidad a las comunicaciones. Los troncales SIP son independientes para la torre y el anexo las cuales están conectadas a centrales distintas del proveedor TIGO disminuyendo las posibilidades de caída de servicio por parte del proveedor y por ende para el hospital. Ambas plantas son marca SIMENS con soporte de mantenimiento preventivo que incluye cambio de partes dañadas en la planta en caso de emergencia con respuesta no mayor a 2 horas, si la falla es grave deben proporcionar una planta telefónica con igual o mayor capacidad para sustituir mientras resuelven el problema tomando en cuenta que somos un hospital. En relación al Monitoreo, se cuenta con el software PRTG, el cual permite mantener monitoreo todos los dispositivos de la red Switch, servidores, antenas de enlaces, UPS centrales, Routers, Firewall, SBDS, etc. esto permite conocer cuando un dispositivo ha fallado en la red o está por presentar problemas por sobre carga en la red, si el equipo está su CPU ya por sobrecarga de ancho de banda también envía correo de notificación, facilitando la administración de la red y disminuyendo las fallas en la misma; también se incluye el SBDS ya mencionado que presenta gráficas para la administración de la red local. Se cuenta con dos UPS centrales, uno de 10 Kva en el centro de datos del edificio torre y uno de 75 Kva en el edificio de la Consulta externa, para soportar todo el edificio con respaldo para switch, teléfonos, router inalámbricos, cámaras IP de video-vigilancia y computadoras.

Proyectos a desarrollar: Entre los proyectos relevantes, es importante mencionar que se ha estado trabajando para el diseño del proyecto de TELEMEDICINA para las interconsultas de los diferentes hospitales de la red de salud en el servicio de Consulta Externa del HNBB.

Recursos Humano Informático: Una de la fortalezas importantes de la gestión de informática es el talento humano, porque a pesar de las condiciones de su contratación nominal (la cual no responde a las funciones), es un personal capacitado y comprometido con la gestión del Hospital y sobre todo con los procesos de atención en favor de la niñez; y el cual ha sido fortalecido con el traslado de un profesional de otro establecimiento; sin embargo, es de hacer notar que esta fortaleza puede convertirse en una debilidad, si no se dan las oportunidades de desarrollo y crecimiento y sobre todo el de la reclasificación con nivelación salarial, que responda a la requerimientos funcionales y que contribuyan a mejorar las condiciones para un mejor clima laboral

L. Situación Financiera

El **análisis** de estados **financieros** es un componente indispensable de la mayor parte de las decisiones sobre requerimientos de fondos, inversión y otros aspectos, que permitan la toma de decisiones a la Dirección o jefaturas interesadas en la situación económica y **financiera** del Hospital y consiste en una serie de técnicas y procedimientos que permiten analizar la información contable para obtener una visión objetiva acerca de su situación actual y cómo se espera que esta evolucione en el futuro.

El desempeño de la gestión del Hospital se conoce a través del análisis de sus estados financieros y esa información a ayuda a la toma de decisiones ya que estos comprenden todos los datos financieros, económicos y contables sobre las actividades pasadas y permiten proyectar con mayor certeza el futuro.

Es importante mencionar que una de las premisas a considerar en los presupuestos que se proporcionan para el sector de salud en cualquier parte del mundo, es que siempre han 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 requiere los servicios de salud, con accesibilidad, oportunidad y calidad.

El Hospital aunque es una institución dependiente del Ministerio de Salud, tiene su propio presupuesto de funcionamiento, el cual es ejecutado conforme a las decisiones de la máxima autoridad y conforme a los lineamientos del Ministerio de Hacienda y Ministerio de Salud.

El tipo de presupuesto que se utiliza actualmente es por específico de gasto y en los últimos años ha sido el que se presenta en el cuadro siguiente:

| Presupuesto del HNNBB Del 2018 al 2019 | | | | | | | | |
|---|------------------------------|-----------------|----------------|----------------------------|-------------------------------|----------------|----------------|----------------------------|
| Año | Presupueste de Fondo General | | | | Presupuesto de Fondos Propios | | | |
| | Asignado | Ejecutado | % de Ejecución | % Incremento del Asignado | Asignado | Ejecutado | % de Ejecución | % Incremento del Ejecutado |
| 2018 | \$ 31321,205.00 | \$ 31247,447.39 | 100% | | \$ 1500,000.00 | \$ 1366,503.64 | 91% | |
| 2019 | \$ 35360,275.00 | \$ 35728,770.98 | 101% | 13% | \$ 2024,533.00 | \$ 2023,944.56 | 100% | 48% |
| 2020 | \$ 42363,170.00 | \$ 43151,644.58 | 102% | 20% | \$ 1500,000.00 | \$ 923,198.03 | 62% | -54% |
| 2021 | \$ 44668,255.00 | \$ 46284,800.46 | 104% | 5% | \$ 1000,000.00 | \$ 1105,515.30 | 111% | 20% |
| 2022 | \$ 45342,981.00 | \$ 34255,427.05 | 76% | 2% | \$ 500,000.00 | \$ 841,802.90 | 168% | -24% |
| Promedio | | | 96% | 10% | Promedio | | 106% | -3% |
| Presupuesto Total (Fondo General + Fondos Propios) | | | | | | | | |
| Año | Asignado | Ejecutado | % de Ejecución | % Incremento del Ejecutado | | | | |
| 2018 | \$ 32821,205.00 | \$ 32613,951.03 | 99% | | | | | |
| 2019 | \$ 37384,808.00 | \$ 37752,715.54 | 101% | 16% | | | | |
| 2020 | \$ 43863,170.00 | \$ 44074,842.61 | 100% | 17% | | | | |
| 2021 | \$ 45668,255.00 | \$ 47390,315.76 | 104% | 8% | | | | |
| 2022 | \$ 45842,981.00 | \$ 35097,229.95 | 77% | -26% | | | | |
| Promedio | | | 96% | 4% | | | | |

Fuente: Unidad Financiera Institucional

Notas:

1. Fondo General incluye la compra conjunta de medicamentos (los fondos se trasladan al MINSAL).
2. Fondos Propios el dato definido en asignado, es una proyección y se ejecuta de acuerdo a los ingresos percibidos. En 2020 algunas Empresas no entregaron documentación y se pasó al 2021 \$ 453,884.05
3. Año 2022, la ejecución es de enero a septiembre.

Como se evidencia en el cuadro anterior la ejecución presupuestaria promedio de los años analizados es del 96% en fondos general y de más del 100% .Con respecto a la asignación presupuestaria, se evidencia tenido un incremento promedio del 10%, marcado específicamente en los años 2019 y 2020. Este incremento, fue posible por apoyo del Programa de la Primera Infancia, liderado por la Primera Dama, para dar respuesta a las necesidades suscitadas por la Pandemia Covid-19, así como para cubrir las exigencia de ley, pues era necesario cubrir los salarios por la aplicación y cumplimiento de la Ley del Escalafón y cubrir la demanda de personal para la atención en crisis. Ese aumento fue de mucho beneficio para la gestión, ya que permitió realizar mejoras en renovación de equipos, instalaciones entre otros; sin embargo, se debe tener claro que todavía no se cubren todas las necesidades de funcionamiento en función de la demanda, y más si se considera el incremento en los bienes e insumos, y la necesidad de la realización de proyectos de inversión y desarrollo.

En el cuadro siguiente se presentan la ejecución del Presupuesto por los Específicos de Gastos relevantes.

| AÑO | RUBRO | SALARIOS | BIENES Y SERVICIOS | INVERSIÓN EN ACTIVO FIJO | Total |
|------|----------------|-----------------|--------------------|--------------------------|-----------------|
| 2019 | Fondo General | \$ 23798,386.03 | \$ 11855,129.64 | \$ 75,255.31 | \$ 35728,770.98 |
| | Fondos Propios | \$ - | \$ 1350,847.92 | \$ 673,096.64 | \$ 2023,944.56 |
| 2020 | Fondo General | \$ 25369,586.64 | \$ 16369,612.36 | \$ 1412,445.58 | \$ 43151,644.58 |
| | Fondos Propios | \$ - | \$ 900,188.66 | \$ 23,009.37 | \$ 923,198.03 |
| 2021 | Fondo General | \$ 29050,082.59 | \$ 16369,122.34 | \$ 865,595.53 | \$ 46284,800.46 |
| | Fondos Propios | \$ - | \$ 955,627.04 | \$ 149,888.26 | \$ 1105,515.30 |
| 2022 | Fondo General | \$ 22498,407.46 | \$ 11527,835.64 | \$ 229,183.95 | \$ 34255,427.05 |
| | Fondos Propios | \$ - | \$ 768,236.45 | \$ 73,566.45 | \$ 841,802.90 |

Al revisar los datos de distribución del gasto, por específico, se evidencia que del período evaluado, del presupuesto ejecutado del Fondo General un 63% está destinado para gastos en Recursos humanos, el 35% para bienes y servicios y el margen que es del 2% para inversión en activo fijos, esto muestra la limitada capacidad de respuesta para afrontar proyectos de inversión.

Dada las múltiples necesidades que surgen cada año para el mantenimiento, vigilancia, limpieza así como de tecnología médica, mejores y especializados insumos y medicamentos de alto costo requeridos por las especialidades como hematología, oncología, neonatología y nefrología, así como las necesidades de renovación y sustitución de equipos, se hace necesario que se estime adecuadamente el presupuesto, a fin de contar con los recursos necesarios que permitan el funcionamiento eficiente del Hospital y un crecimiento que contribuya a dar respuesta a la oferta de servicios y respaldo a la categorización a la que pertenece.

M. Gestión de la Calidad

La gestión de calidad del Hospital es responsabilidad de todas las dependencias bajo los lineamientos emitidos por el ente normativo y los cuales son canalizados por la Unidad Organizativa de la Calidad (UOC), quien a través de su gestión evidencia el avance por los resultados obtenido en los aspectos siguientes:

➤ La medición y monitoreo de los Estándares de Calidad
Esta actividad se realiza mensualmente por las dependencias involucradas y el seguimiento es realizado por la UOC, debido a la situación de Pandemia de Covid-19, la actualización y seguimiento afecto los años 2019 y 2020, tal como se evidencia en el cuadro siguiente:

| Resultados de la Medición de Estándares del HNNBB | | | | | |
|--|---|-------------------|-------------|-------------|-------------|
| Estándar | | Resultados | | | |
| N° | Descripción | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
| 18 | Todo recién nacido con diagnóstico de sepsis neonatal recibe atención médica según guía neonatal vigente | 100 | 40 | 33.33 | 0 |
| 19 | Todo recién nacido que egresa con diagnóstico de depresión neonatal o asfixia neonatal en el momento del nacimiento fue atendido de acuerdo a los lineamientos del programa (flujograma) de reanimación neonatal y se deja constancia en el expediente. | N/D | N/D | N/D | N/D |
| 20 | Todo neonato prematuro en condiciones estables posteriores al nacimiento, recibe atención de acuerdo a guía de atención hospitalaria con calidad técnica. | 100 | 70 | 33.33 | 100 |
| 21 | Todo recién nacido en condiciones críticas es trasladado oportunamente cumpliendo con los criterios de estabilización y transporte del recién nacido crítico. | N/D | N/D | N/D | N/D |
| 22 | A todo paciente hospitalizado en riesgo prevenible de desarrollar IAAS, se le cumplen las medidas de prevención y se registra en el expediente clínico | 20 | 9.09 | 0 | 0 |
| 23 | Todo hospital debe manejar los desechos peligrosos bioinfecciosos intrahospitalarios (infecciosos y punzocortantes) con base a la norma | 72.73 | 100 | 100 | 100 |
| 24 | Todo hospital cumple con los criterios de calidad del agua potable para el consumo de los usuarios | 81.82 | 72.73 | 36.36 | 87.5 |
| 25 | Emergencia | N/D | N/D | N/D | N/D |
| 26.1 | UCI Neonatal y Pediátrico | N/D | N/D | N/D | N/D |
| 26.5 | Pediatría | N/D | N/D | N/D | N/D |
| 27 | Tiempo de Espera de Consulta Externa | N/D | N/D | N/D | N/D |
| 28 | Cirugía Segura | N/D | N/D | N/D | N/D |
| 29 | Calidad de Atención y Trato Humanizado | N/D | N/D | N/D | N/D |

➤ Implementación y monitoreo de la Carta Iberoamericana de la Calidad
A fin de evaluar los avances en la gestión de Calidad, se utiliza en el Hospital el Modelo establecido según la Carta Iberoamericana de la Calidad, el cual por la Pandemia no fue evaluada ni el 2019 y 2020. Se retomó la evaluación y seguimiento del año 2021 en el 2022 y su evaluación fue realizada en 3 sesiones de 3 horas cada una, con un equipo evaluador seleccionado previamente por sus cargos y áreas de desempeño, consideradas clave para hacer aportes importantes a la evaluación y la cual permitió obtener los resultados siguientes:

| Capítulos de la Carta Iberoamericana de la Calidad | Calificación |
|---|--------------|
| Principios Inspiradores | 75% |
| Derechos y deberes de los ciudadanos para una gestión pública de calidad con una evaluación | 62% |
| Orientaciones, Acciones e Instrumentos para formular políticas y estrategias de Calidad | 59% |
| Consideraciones Finales sobre la Estrategia de la Carta <ul style="list-style-type: none"> ➤ Orientaciones para formular políticas y estrategias de calidad en la gestión pública ➤ Acciones e Instrumentos para la calidad de la Gestión pública | 49% |
| Consideraciones Finales sobre la eficacia de la Carta | 67% |
| Resultado Final de la Evaluación de la Carta 2021 realizado en el 2022 | 59% |

El resultado muestra a pesar de las condiciones un avance significativo, pero que aún hay muchos retos para avanzar en la gestión de calidad.

- Monitoreo y Evaluación de la Aplicación de la Ley de deberes y derechos de los pacientes y prestadores de servicios de salud.

Este elemento se retomó a finales del 2021 y se ha estado realizando capacitaciones al personal a fin de que se conozca la ley y pueda aplicarse, al mismo tiempo se ha estado trabajando en la actualización de la antigua Carta de Derechos y Deberes y en la Oferta de Servicios a fin de proporcionar a la población la información necesaria para hacer valer sus derechos conforme al portafolio de servicios y los recursos disponibles del Hospital.

- Evaluación de la Satisfacción del Usuario externo

Con relación a la Satisfacción del usuario anteriormente el Foro de la Salud, apoyaba para realizar el proceso de monitoreo y evaluación que permitirá medir el avance en el grado de satisfacción del usuario; actualmente se está a la espera de asignación de tokens por parte de la DTIC del Ministerio de salud, sin embargo en el Hospital, la evaluación de la satisfacción se ha seguido realizando por la División de Enfermería en los servicios finales y los resultados obtenidos han sido los siguientes:

| Resultados de Encuestas de Satisfacción 2022 | | | |
|--|----------------------------|----------------------------|--|
| Mes | N° de encuestas realizadas | Porcentaje de satisfacción | Observación |
| Enero | 0 | 0.0 | No se realizaron debido al incremento de ausentismo del personal de Enfermería por incapacidades de COVID 19 |
| Febrero | 0 | 0.0 | |
| Marzo | 112 | 90.9 % | Los porcentajes de satisfacción difieren cada mes, dado que la encuesta es al azar y de acuerdo a resultados de los servicios donde fueron encuestados los padres de pacientes o cuidadores y la cantidad de pacientes ingresados. |
| Abril | 34 | 93.6 % | |
| Mayo | 29 | 95.5 % | |
| Junio | 39 | 91.1 % | |
| Julio | 20 | 90.1 % | |

| Resultados de Encuestas de Satisfacción 2022 | | | |
|---|-----------------------------------|-----------------------------------|--------------------|
| Mes | N° de encuestas realizadas | Porcentaje de satisfacción | Observación |
| Agosto | 48 | 91.9 % | |
| Septiembre | 65 | 94.5 % | |
| octubre | 137 | 90.9 % | |
| Total | 484 | 92.3 % | |

➤ Desarrollo e implementación de Planes para la Mejora Continua de la Calidad.

Para el desarrollo de la mejora continua la UOC ha conformado de acuerdo a lineamientos ministeriales y en base a la legalidad establecida, los diferentes Comités, los cuales funcionan con la finalidad de apoyar la gestión de calidad, identificando y realizando observaciones y sugerencias, que permitan el establecimiento de acciones y/o planes de mejora, así como el desarrollo de actividades de promoción y fortalecimiento de la calidad. Actualmente se cuenta con 19 comités institucionales, de los cuales se recibieron con periodo vencido en julio de 2020 y se renovaron entre noviembre y diciembre del mismo año, con vigencia de dos años. Actualmente se ha iniciado la Ratificación y reestructuración según necesidad para juramentar nuevo periodo. Los Comités habilitados en el Hospital son los siguientes:

| N° | Nombre del Comite | Condición |
|-----------|--|------------------|
| 1. | Atención Integral al Adolescente | Activo |
| 2. | Actividad Quirúrgica | Activo |
| 3. | Bioética | Activo |
| 4. | Confección TB/VIH | Activo |
| 5. | Desastres, emergencias y contingencias | Activo |
| 6. | Ética de la Investigación en Salud | Activo |
| 7. | Farmacoterapéutico y FVG | Activo |
| 8. | Gestión Ambiental | Activo |
| 9. | Prevención y Control de IAAS | Activo |
| 10. | Lactancia Materna | Activo |
| 11. | Medicina Transfusional | Activo |
| 12. | Mortalidad | Activo |
| 13. | Promoción para la Salud | Activo |
| 14. | Seguridad y Salud Ocupacional Torre | Activo |
| 15. | Seguridad y Salud Ocupacional Anexo | Activo |
| 16. | Referencia, Retorno e Interconsulta | Activo |
| 17. | Atención a Víctimas de Violencia | Inactivo |

| N° | Nombre del Comité | Condición |
|-----|---------------------------|-----------|
| 18. | Por el Derecho a la Salud | Inactivo |
| 19. | Expediente clínico | Inactivo |

➤ Desarrollo e Implementación de la Gestión por Procesos

El desarrollo de la Gestión por proceso se inició al interior del Hospital realizando la Guía para Elaboración de Manuales de Proceso y el Levantamiento del Inventario de Procesos en cada una de las Dependencias, luego ya se detuvo y se retomó en el 2020, realizando gestión de apoyo en la Universidad de El Salvador, lamentablemente el proceso se vio afectado por la Pandemia Covid-19, por lo que se retomó en el 2021, pero no ha tenido el avance esperado, entre otros por los efectos de la Pandemia, la sobre carga laboral de la UOC, y porque posteriormente el Ministerio de Salud retomó el rol normativo en la Gestión por Proceso, al ser el ente normativo el que lidera el proceso, como Hospital se ha seguido las indicaciones y se ha sido participe del proceso ministerial especialmente en la fase de revisión y validación de los Proceso estandarizados de Emergencia y Hospitalización.

➤ El Proceso de Supervisión Integral.

Este proceso ha sido asignado a un equipo de supervisión liderado por la División Médica, y es desarrollado de acuerdo a un programa anual en el cual se establece el número de supervisiones y las dependencias a supervisar

N. Cumplimiento de la Programación de Actividades de Gestión 2022

| N° | Actividades | Indicadores | Meta 2022 | Ene | Feb | Mar | Abril | Mayo | Junio | % de Cumpli. Promedio |
|----|---|---|-----------|------|------|------|-------|------|-------|-----------------------|
| 1 | Realizar el 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) | % de Auditorias de egresos de pacientes fallecidos | 80% | 84% | 100% | 88% | 88% | 100% | 100% | 93% |
| 2 | Mejorar el porcentaje de la adherencia del lavado de manos | % de adherencia de lavado de manos | 70% | 92% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 99% |
| 3 | Ampliar la Cobertura de Atención de Pacientes Neonatales | % de incremento de N° de Camas Neonatales | 44% | 100% | NP | NP | NP | NP | NP | 100% |
| 4 | Realizar el Monitoreo del Plan de atención integral de pacientes con patologías Crónicas No Transmisibles (Diabetes, Enfermedad Renal, Epilepsia, Cáncer, Obesidad y Hemofilia) | N° de Informes de Resultados del monitoreo del Plan | 2 | NP | NP | NP | NP | NP | 100% | 100% |
| 5 | Continuar con el Programa Trasplante Renal | N° de Trasplantes realizados | 4 | NP | NP | 0% | NP | NP | 100% | 50% |
| 6 | Lograr el cumplimiento de Metas de producción de las especialidades de Consulta | % de cumplimiento de la Meta | 80% | 90% | 93% | 100% | 100% | 100% | 99% | 97% |

| N° | Actividades | Indicadores | Meta 2022 | Ene | Feb | Mar | Abril | Mayo | Junio | % de Cumpli. Promedio |
|----|---|---|-----------|------|------|------|-------|------|-------|-----------------------|
| | Externa | | | | | | | | | |
| 7 | Lograr el cumplimiento de la meta de producción de los servicios de Hospitalización | % de cumplimiento de la Meta | 85% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| 8 | Mejorar el Tiempos de Espera para la Consulta Médico-Quirúrgicos de Primera Vez, en función del estándar institucional | Tiempo de Espera en Días | 60 | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| 9 | Mejorar los Tiempos de Espera para la Programación de Cirugía Electiva (T.E:=Desde la fecha de programación hasta la fecha de realización) | Tiempo de Espera en Días | 15-30 | 100% | 100% | 100% | 0% | 100% | 0% | 67% |
| 10 | Actualizar y cumplir con el Plan de Supervisión Institucional | Plan de Supervisión 2022 aprobado | 1 | 100% | NP | NP | NP | NP | NP | 100% |
| | | Número de Supervisiones realizadas | 5 | NP | NP | NP | NP | 0% | NP | 0% |
| 11 | Evaluar el resultado del Monitoreo del índice de uso de los Servicios de Laboratorio, Banco de Sangre, Radiología e en Hospitalización, Consulta Externa y Emergencia | Presentación de Resultados del Índice de uso | 2 | NP | NP | NP | NP | NP | 100% | 100% |
| 12 | Evaluar el resultado del índice de uso de los servicios de Alimentación, Fórmulas, Lavandería para los servicios de Hospitalización | Presentación de Resultados del Índice de uso | 2 | NP | NP | NP | NP | NP | 100% | 100% |
| 13 | Realizar el Monitoreo del Abastecimiento de Medicamentos | Porcentaje de Abastecimiento | 95% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 99% | 100% |
| 14 | Actualizar, socializar y evaluar el Plan de Optimización del uso de antibióticos | Plan de Elaborado y aprobado | 1 | NP | NP | RP | RP | RP | RP | RP |
| | | % de personal Médico y Enfermería participante en el proceso de socialización | 0.8 | NP | NP | NP | NP | NP | NP | NP |
| | | % de cumplimiento de los indicadores propuestos para el programa | 0.85 | NP | NP | NP | NP | NP | NP | NP |
| 15 | Implementar la Gestión por Proceso | % de Dependencias que cuentan con el Inventario de Procedimientos | 40% | NP | NP | NP | 100% | NA | NA | 100% |
| | | % de Dependencias que cuentan con al menos el macro procesos levantado | 40% | NP | NP | NP | 75% | NA | NA | 75% |
| 16 | Evaluar la Satisfacción de Atención del usuario externo en Emergencia, Consulta Externa y Hospitalización | Informes con los Resultados de la Evaluación | 4 | NP | NP | NP | 0% | NP | 0% | 0% |

| N° | Actividades | Indicadores | Meta 2022 | Ene | Feb | Mar | Abril | Mayo | Junio | % de Cumpli. Promedio |
|----|--|--|-----------|------|------|------|-------|------|-------|-----------------------|
| 17 | Realizar la Evaluación del resultado de los Estándares de Calidad | Promedio de Calificación de los Estándares de Calidad | 80% | 42% | 75% | 50% | 75% | 75% | 75% | 65% |
| 18 | Evaluación de la Carta Iberoamericana de la Calidad (Conforme a gestión 2021) | % de Cumplimiento de la Carta Iberoamérica | 50% | NP | NP | NP | 100% | NP | NP | 100% |
| 19 | Realizar el Monitoreo del Plan para la atención integral de personas afectadas por violencia en todas sus formas. | % de Indicadores informados en función de los definidos en el Plan | 85% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| 20 | Evaluar el resultado de los Indicadores de Gestión Hospitalaria definidos por el Ministerio de Salud | Informes de Resultados de los Indicadores | 12 | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| 21 | Evaluar el funcionamiento de la Salas Situacionales programadas | % de cumplimiento de la Programación anual de Sala Situacional | 100% | NP | NP | 50% | 100% | 50% | 100% | 75% |
| | | % de cumplimiento de acuerdos establecidos en las Sala Situacional | 100% | SA | SA | SA | 100% | 100% | 100% | 100% |
| 22 | Realizar el Monitoreo y Evaluación de Costos institucionales | N° de matrices mensuales introducidas oportunamente al PERC | 7 | 29% | 29% | 29% | 57% | 43% | 14% | 33% |
| | | N° de Evaluaciones | 2 | NP | NP | 100% | NP | NP | NP | 100% |
| 23 | Realizar la Valoración de Riesgos 2023 | Documento Aprobado y divulgado | 1 | NP | NP | NP | NP | NP | NP | NP |
| 24 | Realizar el Monitoreo y Evaluación de la Valoración de Riesgos Institucional 2022 | Informe de actividades de Control realizadas | 3 | NP | NP | NP | 100% | NP | NP | 100% |
| 25 | Realizar la Formulación del Plan Anual Operativo 2023 | Documento Aprobado y divulgado | 1 | NP | NP | NP | NP | NP | NP | NP |
| 26 | Realizar el Monitoreo y Evaluación del Plan Anual Operativo | Informe de Resultados del Monitoreo (marzo el de enero junio y en noviembre julio a diciembre) | 2 | NP | NP | 100% | NP | NP | NP | 100% |
| | | % de Cumplimiento de las Actividades de Gestión | 85% | NP | NP | NP | 100% | NP | NP | 100% |
| 27 | Realización de Simulacro de Emergencia | Informe de Simulacro Realizados | 2 | NP | NP | NP | RP | NP | NP | NP |
| 28 | Realizar la vigilancia y monitoreo de las actividades para fomentar el cuidado del medio ambiente y la salud ambiental: Calidad del Agua, Reciclaje institucional, desecho bio-infecciosos y comunes | N° supervisiones Realizadas | 24 | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| | | Informe de Resultados del Monitoreo | 4 | NP | NP | 100% | NP | NP | 100% | 100% |
| 29 | Elaboración y Evaluación del Plan | Plan Aprobado | 1 | 100% | NP | NP | NP | NP | NP | 100% |

| N° | Actividades | Indicadores | Meta 2022 | Ene | Feb | Mar | Abril | Mayo | Junio | % de Cumpli. Promedio |
|---------------------------|---|--|-----------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|-----------------------|
| | de capacitación institucional 2022 | % de cumplimiento del Plan | 80% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| 30 | Monitoreo de la generación oportuna de la Información Estadística en los Sistemas Oficiales | % de Dependencias que Cumplen oportunamente con la Información | 100% | 33% | 42% | 49% | 40% | 46% | 44% | 42% |
| 31 | Fomentar el aprovechamiento y uso de las TIC | N° de Proyectos impulsados en el avance de las TIC | 3 | NP | NP | NP | 100% | NP | NP | 100% |
| Resultado Promedio | | | | 86% | 88% | 82% | 84% | 83% | 83% | 85% |

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 segundo trimestre los resultados esperados se han cumplido en un 85%. El cumplimiento de algunas actividades se ha visto afectado entre otras razones por las actividades emergentes y priorizadas. 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 la programación de actividades.

O. Análisis del Resultado de los Indicadores de Gestión

Los indicadores de Gestión son los requeridos por el Ministerio de Salud, e incluye los indicadores reportados en el SPME, a excepción de las referencias y retornos. Algunos de los estándares de medición de los indicadores definidos por el MINSAL, no son alcanzables para el Hospital dada la complejidad de las atenciones y las agrupaciones para generar los resultados. Es importante mencionar que el Monitoreo de los indicadores de gestión se realiza mensualmente, algunos están íntimamente relacionados con la producción hospitalaria.

Con la finalidad de realizar el resultado se muestra la tendencia obtenida en los últimos tres años, en donde se puede evidencia a excepción del 2020 que los resultados se mantienen en un rango promedio similar.

| NOMBRE DEL INDICADOR | | FÓRMULA | ESTÁNDAR | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 A JUNIO |
|--|--|---|--|------|------|------|--------------|
| INDICADORES DE EMERGENCIA | | | | | | | |
| 1 | Razón de consultas de emergencia / consulta externa | Total de consulta atendida en la Unidad de Emergencia / Total de consulta externa | 0.1 - 0.2 | 1.11 | 0.60 | 0.19 | 0.18 |
| 2 | 2.1 Tiempo de espera para ingreso hospitalario en S. Pediatría (horas) | Tiempo en horas que transcurren desde la indicación médica de ingreso hospitalario en el área de emergencia, hasta el momento de asignación de cama en el Servicio de Pediatría | Sobresale: 2 hrs. Aceptable: hasta 3 hrs. | 5.07 | 4.32 | 4.58 | 5.13 |
| INDICADORES DE CONSULTA EXTERNA | | | | | | | |

| NOMBRE DEL INDICADOR | | FÓRMULA | ESTÁNDAR | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 A JUNIO |
|--|---|--|-----------------|--------|--------|------|--------------|
| 3 | Concentración entre consultas médicas especializadas subsecuentes y consulta médica especializada de primera vez. | Total de consultas médicas especializada subsecuentes / Total de consultas médicas especializada de primera vez | 2.0 – 4.0 | 3.29 | 11.70 | 3.5 | 3.3 |
| 4 | Promedio diario de consultas médica por consultorio de consulta externa | (Nº. de consultas externas realizadas en un periodo determinado / Total de consultorios que se encuentran funcionando) / Total de días hábiles del periodo analizado | 21 - 28 | 14.04 | 5.01 | 10 | 11 |
| 5 | Tiempo de espera entre solicitud y asignación de cita para Consulta Médica de Pediatría de primera vez (días) | Sumatoria de días de espera por paciente/ total de pacientes citados | 30 días o menos | 77 | 90 | 65 | 49 |
| INDICADORES DE HOSPITALIZACION | | | | | | | |
| 6 | Giro Cama Pediatría | Total de egresos de especialidad de pediatría / No. de camas censables asignadas a Pediatría | 7 - 13 | 3.89 | 2.84 | 3 | 4 |
| 7 | Porcentaje de ocupación del Servicio de Pediatría | (Días camas ocupados en Pediatría / Días camas disponibles en pediatría) X 100 | 85% | 82.29% | 59.57% | 73% | 79% |
| 8 | Promedio de días estancias Pediatría | Días estancia de los pacientes egresados de Pediatría en un período determinado / egresos de Pediatría en el mismo período | 2 - 4 | 7.49 | 7.87 | 8.4 | 7.7 |
| 9 | Índice de sustitución de cama en Pediatría | (Días cama disponible - Días cama ocupado en pediatría) / Ingresos en Pediatría | 0 - 1 | 1.40 | 4.67 | 2.7 | 1.7 |
| 10 | Giro Cama Neonatología | Total de egresos de especialidad de Neonatología / No. de camas censables asignadas a Neonatología | 7 - 13 | 1.47 | 1.70 | 2 | 2 |
| 11 | Porcentaje de ocupación del Servicio de Neonatología | (Días camas ocupados en Neonatología / Días camas disponibles en Neonatología) X 100 | 85% | 86.46% | 88.62% | 81% | 82% |
| 12 | Promedio de días estancias Neonatología | Días estancia de los pacientes egresados de Neonatología en un periodo determinado / egresos de Neonatología en el mismo período | 2 - 4 | 23.18 | 20.60 | 21.9 | 21.3 |
| 13 | Índice de sustitución de cama en Neonatología | (Días cama disponible - Días cama ocupado en pediatría) / Ingresos en Neonatología | 0 - 1 | 2.84 | 1.99 | 3.5 | 3.1 |
| INDICADORES DE HOSPITALIZACION COVID-19 | | | | | | | |
| 14 | Giro Cama Hospitalización COVID | Total de egresos de hospitalización COVID / No. de camas censables asignadas a hospitalización COVID | 3-4 | N/D | N/D | 0.9 | 1.5 |
| 15 | Porcentaje de ocupación de Hospitalización COVID | (Días camas ocupados en hospitalización COVID / Días camas disponibles en hospitalización COVID) X 100 | 85% | N/D | N/D | 13% | 22% |

| NOMBRE DEL INDICADOR | | FÓRMULA | ESTÁNDAR | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 A JUNIO |
|---|---|--|----------|--------|--------|------|--------------|
| 16 | Promedio de días estancias en Hospitalización COVID | Días estancia de los pacientes egresados de hospitalización COVID en un período determinado / Egresos de hospitalización COVID en el mismo período | 6-8 | N/D | N/D | 6.9 | 5.1 |
| 17 | Índice de sustitución de cama en Hospitalización COVID | (Días cama disponible - Días cama ocupado en hospitalización COVID) / Ingresos en hospitalización COVID | 0 - 1 | N/D | N/D | 47.6 | 46.2 |
| INDICADORES DE LA ACTIVIDAD QUIRURGICA | | | | | | | |
| 18 | Porcentaje de cirugías mayores realizadas | Total de cirugías mayores realizadas / Total de Cirugías realizadas (mayores + menores) X 100 | >60% | 41.30% | 39.16% | 43% | 42% |
| 19 | Porcentaje de cirugías mayores electivas | No. de cirugías mayores electivas / Total de cirugías mayores realizadas X 100 | 60% | 61.26% | 35.87% | 58% | 59% |
| 20 | Porcentaje de cirugías mayores electivas ambulatorias | No. de cirugías mayores electivas ambulatorias realizadas en un periodo determinado / Total de cirugías mayores electivas realizadas en el mismo período X 100 | | 21.99% | 10.48% | 27% | 26% |
| 21 | Promedio diario de cirugías mayores Electivas por quirófano | (No. de Cirugías mayores Electivas realizadas en un periodo de tiempo determinado / No. De Quirófanos electivos funcionado) / Total de días del período definido.(Días Laborales) | 4 | 3.00 | 1.58 | 2.7 | 2.5 |
| 22 | Promedio diario de cirugías mayores de Emergencia por quirófano | (No. de Cirugías mayores de Emergencia realizadas en un periodo de tiempo determinado / No. De Quirófanos de emergencia funcionado) / Total de días del período definido.(Días Calendario) | | 8.65 | 8.80 | 4.99 | 4.9 |
| 23 | Porcentaje de cirugías mayores electivas suspendidas | No. de cirugías mayores electivas suspendidas / número de cirugías mayores electivas programadas X 100 | 5% | 5% | 4% | 5% | 5% |
| 24 | Porcentaje de quirófanos funcionando | No. de quirófanos funcionando / Total de quirófanos existentes X 100 | 100% | 73% | 58% | 81% | 92% |
| 25 | Tiempo promedio (días) de espera para Cirugía | Sumatoria de días de espera por paciente para Cirugía General electiva desde la indicación de plan quirúrgico/ total de pacientes citados para Cirugía General electiva. | 60 | 102.67 | 76.67 | 15 | 0 |
| 26 | 26.1 Tiempo promedio (días) de espera para cirugía electiva de Neurocirugía | Sumatoria de días de espera por paciente para cirugía electiva desde la indicación de plan quirúrgico/ total de pacientes citados para cirugía electiva | 60 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 26.2 Tiempo promedio (días) de espera para cirugía electiva de Oftalmología | Sumatoria de días de espera por paciente para cirugía electiva desde la indicación de plan quirúrgico/ total de pacientes citados para cirugía electiva | 60 | N/D | N/D | 3 | 3 |

| NOMBRE DEL INDICADOR | | FÓRMULA | ESTÁNDAR | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 A JUNIO |
|---|--|---|----------|------|------|--------|--------------|
| 26.3 | Tiempo promedio (días) de espera para cirugía electiva de Ortopedia | Sumatoria de días de espera por paciente para cirugía electiva desde la indicación de plan quirúrgico/ total de pacientes citados para cirugía electiva | 60 | N/D | N/D | 34 | 28 |
| 26.4 | Tiempo promedio (días) de espera para cirugía electiva de Oncología | Sumatoria de días de espera por paciente para cirugía electiva desde la indicación de plan quirúrgico/ total de pacientes citados para cirugía electiva | 60 | N/D | N/D | 8 | 8 |
| 26.5 | Tiempo promedio (días) de espera para cirugía electiva de Otorrinolaringología | Sumatoria de días de espera por paciente para cirugía electiva desde la indicación de plan quirúrgico/ total de pacientes citados para cirugía electiva | 60 | N/D | N/D | 34 | 79 |
| 26.6 | Tiempo promedio (días) de espera para cirugía electiva de Urología | Sumatoria de días de espera por paciente para cirugía electiva desde la indicación de plan quirúrgico/ total de pacientes citados para cirugía electiva | 60 | N/D | N/D | 30 | 33 |
| 26.8 | Tiempo promedio (días) de espera para cirugía electiva de Cirugía Plástica | Sumatoria de días de espera por paciente para cirugía electiva desde la indicación de plan quirúrgico/ total de pacientes citados para cirugía electiva | 60 | N/D | N/D | 44 | 40 |
| 26.9 | Tiempo promedio (días) de espera para cirugía electiva de Ginecología | Sumatoria de días de espera por paciente para cirugía electiva desde la indicación de plan quirúrgico/ total de pacientes citados para cirugía electiva | 60 | N/D | N/D | 0 | 0 |
| 26.10 | Tiempo promedio (días) de espera para cirugía electiva de Maxilofacial | Sumatoria de días de espera por paciente para cirugía electiva desde la indicación de plan quirúrgico/ total de pacientes citados para cirugía electiva | 60 | N/D | N/D | 2 | 0 |
| 26.11 | Tiempo promedio (días) de espera para cirugía electiva de Cirugía Pediátrica | Sumatoria de días de espera por paciente para cirugía electiva desde la indicación de plan quirúrgico/ total de pacientes citados para cirugía electiva | 60 | N/D | N/D | 26 | 37 |
| INDICADORES DE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) | | | | | | | |
| 27 | Porcentaje de reingreso de pacientes a la UCI ≤ a 72 horas | (Número de reingresos en la UCI en un período ≤ a 72 horas / Total de pacientes ingresados en UCI en el mismo período) x 100 | 0% | N/D | N/D | 0.7% | 0.5% |
| 28 | Porcentaje de pacientes con úlceras por presión en UCI | (Número de pacientes con diagnóstico de úlceras por presión en UCI en el mismo período / Total de pacientes ingresados en UCI en el mismo período) x 100 | 0% | N/D | N/D | 1.2% | 1.4% |
| 29 | Porcentaje Re-intubación precoz de paciente con ventilación mecánica en la UCI. | (Número de pacientes re-intubados dentro de las 48 horas después de la extubación en el período / Total de pacientes extubados en el mismo período) x 100. | ≤ 12% | N/D | N/D | 8.8% | 10.9% |
| 30 | Porcentaje de pacientes según condición de severidad de la enfermedad al ingreso en UCI. | (Número de pacientes críticos evaluados al ingreso en UCI con el sistema de evaluación de riesgo en el periodo / Total de pacientes ingresados en UCI en el mismo período) x 100. | | N/D | N/D | 104.3% | 62.6% |
| 31 | Porcentaje de extubación accidental en pacientes con ventilación mecánica en UCI. | (Número de pacientes con extubación accidental en UCI en el período / Total de pacientes intubados en UCI en el mismo período) x 100. | < 15% | N/D | N/D | 8.4% | 11.9% |

| NOMBRE DEL INDICADOR | | FÓRMULA | ESTÁNDAR | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 A JUNIO |
|--|---|---|----------|--------|--------|--------|--------------|
| 32 | Porcentaje de complicaciones pleuro/pulmonares secundarios a colocación de catéteres y ventilación mecánica | (Número de pacientes con complicaciones pleuro/pulmonares producidos por CVC o ventilación mecánica en la UCI en un período / Total de pacientes con CVC o ventilación mecánica en el mismo período) x 100. | < 5% | N/D | N/D | 3.4% | 2.2% |
| 33 | Demanda insatisfecha en UCI | (Número de pacientes que ameritan ingreso a UCI y no fueron admitidos oportunamente en un periodo / Total de pacientes ingresados + no admitidos a UCI en el mismo periodo) x 100 | 0% | N/D | N/D | 0.5 | 0.0 |
| INDICADORES DE ABASTECIMIENTO | | | | | | | |
| 34 | Porcentaje de abastecimiento de medicamentos en el hospital. | No. de medicamentos del cuadro básico en existencia en el hospital / Total de medicamentos del cuadro básicos X 100 | 80% | 85.29% | 96.94% | 96.7% | 97.8% |
| INDICADORES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE | | | | | | | |
| 35 | Tasa de infecciones asociadas a la atención sanitaria x 100 egresos | No. pacientes con infección asociada en la atención sanitaria / Total de egresos X 100 | | 4.29% | 4.77% | 4.76 | 4.97 |
| 36 | Porcentaje de infecciones de sitio quirúrgico | (No. pacientes intervenidos quirúrgicamente en los que se evidencie una infección en el sitio quirúrgico / Total de pacientes intervenidos quirúrgicamente) X 100 | 3 - 7.5 | 0.53% | 0.47% | 0.3% | 0.4% |
| INDICADOR FINANCIERO | | | | | | | |
| 37 | Porcentaje de ejecución presupuestaria | Presupuesto ejecutado / Presupuesto programado X 100 | 95% | | | 88.55% | 87.86% |
| INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS | | | | | | | |
| 38 | Tasa bruta de mortalidad | No. Total de muertes en un período determinado / Egresos del mismo periodo X 100 | | 3.87% | 4.51% | 4.7 | 3.3 |
| 39 | Tasa neta de mortalidad | No. de muertes ocurridas después de 48 horas de ingreso en un periodo determinado / Total de egresos del mismo periodo X 100 | | 2.65% | 3.11% | 3.3 | 2.5 |
| 40 | Tasa de mortalidad asociada a accidentes de transporte | No. de muertes asociadas a accidentes de transportes en un periodo determinado / Total de egresos por accidentes de transporte del mismo periodo X 100 | | 1.92% | 5.83% | 5.6 | 5.1 |
| 41 | Tasa de mortalidad por traumatismos | No. de muertes asociadas a traumatismos en un periodo determinado / Total de egresos por traumatismos del mismo periodo X 100 | | 0.83% | 0.00% | 0.0 | 0.0 |
| 42 | Tasa de mortalidad asociada a lesiones auto infligidas intencionalmente | No. de muertes asociadas a lesiones auto infligidas intencionalmente / Total de egresos por la misma causa y en el mismo periodo X 100 | | 0.00% | 16.67% | 33.3 | |

| NOMBRE DEL INDICADOR | | FÓRMULA | ESTÁNDAR | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 A JUNIO |
|----------------------|---|---|----------|--------|--------|------|--------------|
| 43 | Tasa de letalidad por neumonía | Total de pacientes que fallecieron producto de una neumonía en un periodo determinado / Egresos por Neumonía en el mismo periodo X 100 | | 18.17% | 30.99% | 16.1 | 15.3 |
| 44 | Tasa de letalidad por COVID-19 (Sospechoso, Confirmado) | Total de pacientes que fallecieron producto de COVID-19 en un periodo determinado / Total de egresos por COVID-19 en el mismo periodo X 100 | | N/D | N/D | 14.0 | 6.3 |
| 45 | Tasa de letalidad por diarrea | Total de pacientes que fallecieron producto de una diarrea en un periodo determinado / Total de egresos por Diarrea en el mismo periodo X 100 | | 6.17% | 8.52% | 14.5 | 3.5 |
| 46 | Tasa de letalidad por IRC | Total de pacientes que fallecieron producto de una Insuficiencia Renal Crónica en un periodo determinado / Total de egresos por IRC en el mismo periodo X 100 | | 1.92% | 6.28% | 2.3 | 5.7 |
| 47 | Tasa de letalidad por Diabetes Mellitus | Total de pacientes que fallecieron producto de una Diabetes Mellitus en un periodo determinado / Total de egresos por DM en el mismo periodo X 100 | | 0.00% | 6.75% | 15.0 | 0.0 |
| 48 | Tasa de letalidad por Trastornos Hipertensivos | Total de pacientes que fallecieron producto de una Trastornos Hipertensivos en un periodo determinado / Total de egresos por HTA en el mismo periodo X 100 | | 0.00% | 0.00% | 8.3 | 0.0 |

3. Análisis FODA

Con la finalidad de realizar un mejor diagnóstico de la situación actual del Hospital, se realizó la evaluación del desempeño institucional, utilizando la metodología FODA, con la cual se pudieron identificar Fortalezas, debilidades, Oportunidades y amenazas en 12 rubros (Capital humano, Equipamiento-Insumos, Infraestructura, Información, Recursos Financieros, Imagen y Comunicación, Gestión, Organización, Desarrollo Profesional, Seguimiento y Evaluación, Atención Directa, Emergencia y Desastres); obteniendo el resultado que se detalla en el cuadro siguiente:

| DIAGNOSTICO SITUACIONAL 2023 | | | |
|---|---|--|--|
| Fortalezas | Debilidades | Oportunidades | Amenazas |
| CAPITAL HUMANO | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Recursos humanos profesionales, especializados, con identidad institucional, alta capacidad técnica administrativa y de gestión interinstitucional. Comité de Cuidado Humanizado que | <ul style="list-style-type: none"> No se mantiene permanentemente la calidez en la atención Recurso humano insuficiente en ciertas áreas. Deficiencia de personal por incapacidad de | <ul style="list-style-type: none"> Apoyo del ISSS para capacitar al recurso humano. Apoyo para especialización de personal de enfermería por parte de IEPROES Fortalecer la | <ul style="list-style-type: none"> Enfermedades epidemiológicas y ocupacionales que afectan al personal. Algunas especialidades no tienen cobertura dentro de este convenio. |

| DIAGNOSTICO SITUACIONAL 2023 | | | |
|---|---|--|--|
| Fortalezas | Debilidades | Oportunidades | Amenazas |
| <p>desarrolla el Programa de Capacitación de trato humanizado al personal.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Líneas de atención al usuario con las autoridades del hospital, para Solicitud de servicios, resolución de problemas y Denuncias. • Convenio bilateral con el ISSS para la formación de especialistas y sub especialistas. • Convenio con IEPROES para la formación y acceso a becas para formar Técnicos a Licenciados en Enfermería y acreditación para profesionales de enfermería especializados. • Fortalecimiento de los convenios con la UES y Universidad Dr. José Matías Delgado para la formación de profesionales de salud. • Formación de profesionales en medicina, cirugía pediátrica y subespecialidades como apoyo al fortalecimiento de la SNIS. • Plan de Formación y Educación Permanente en ejecución según necesidades prioritarias. | <p>COVID-19, con enfermedades crónicas, de edad avanzada y pensionados.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Clima laboral conflictivo en algunas áreas. • Falta de liderazgo y capacidad gerencial. • Remuneración y función no acorde al nombramiento de personal en algunos recursos. • Desmotivación laboral en algunas áreas • Falta de interés en capacitación. • Desconocimiento y deficiente aplicación de las normativas. <p>Falta Plan de Desarrollo de Recursos Humanos.</p> | <p>capacidad gerencial de las jefaturas a fin de generar los liderazgos requeridos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gestión de reclasificación de plazas. • Organizar el tiempo para capacitación investigación y producción. • Desarrollo del Plan de capacitación de normativa y leyes. • Política Nacional de Recursos Humanos (MINSAL) como base. | <ul style="list-style-type: none"> • Falta de profesionales interesados para laborar en el HNNBB. • Metodología con poca aceptación y resultados |
| EQUIPO / INSUMOS | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Modernización de Comunicaciones a | <ul style="list-style-type: none"> • Algunos equipos desfasados y/o | <ul style="list-style-type: none"> • Convenios de Cooperación | <ul style="list-style-type: none"> • Mercado reducido de productos y |

| DIAGNOSTICO SITUACIONAL 2023 | | | |
|--|---|--|---|
| Fortalezas | Debilidades | Oportunidades | Amenazas |
| <p>Tecnología IP y DICOM.</p> <ul style="list-style-type: none"> Equipo Biomédico de Alta Tecnología, habilitación de Angiógrafo biplanar y actualización del hardware del equipo de Urodinamia. Tecnología avanzada en los servicios de apoyo diagnóstico. Contamos con instalación de infraestructura de red (Fibra óptica) Dotación de insumos de protección personal a los empleados. Sistema de Video vigilancia. Sistema de Control de Stock en los Servicios de Hospitalización. Microbuses para traslado pacientes estables (Cateterismo) y personal para Jornadas Médicas y/o Misiones Oficiales | <p>con vida útil finalizada.</p> <ul style="list-style-type: none"> Falta de equipamiento informático para la implementación de Sistemas digitalizados, aún en algunas áreas. Incremento del costo del mantenimiento del equipo instalado; aún falta la puesta en marcha de la Sala de monitoreo de video vigilancia. | <p>internacional e interinstitucional.</p> <ul style="list-style-type: none"> Compra de servicios de tecnología avanzada con equipo en comodato. Adquisición de equipos médicos. Proyecto de Digitalización del gobierno central. Diversidad de proveedores y donaciones. | <p>servicios.</p> <ul style="list-style-type: none"> Incremento de los costos. Escasez de insumos en el mercado o falta de proveedor. Tiempos de espera para la entrega y/o solicitud de prórroga para la entrega de los productos. Tardanza en el proceso de entrega de productos de la Compra Conjunta. |
| INFRAESTRUCTURA | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Alojamiento temporal para padres de pacientes. Arrendamiento de parqueo para 25 vehículos. Asignación de parqueos y asignación de funciones para mantener libres los accesos a las instalaciones del hospital. Instalaciones adecuadas para el funcionamiento operativo. Comedor institucional en funcionamiento. | <ul style="list-style-type: none"> Parqueos insuficientes y dificultad de acceso a las instalaciones hospitalarias por ventas ambulantes, vehículos y otros. <p>Deterioro de la infraestructura en algunas áreas del Anexo.</p> | <ul style="list-style-type: none"> Apoyo para la realización de proyectos de renovación y sustitución de equipos, remodelación y ampliación de instalaciones. Gestión con la Alcaldía de San Salvador para el desalojo de ventas. Apoyo para obtener espacios de parqueo de la Fundación Ayúdame a Vivir. | |

| DIAGNOSTICO SITUACIONAL 2023 | | | |
|--|---|---|--|
| Fortalezas | Debilidades | Oportunidades | Amenazas |
| Remodelación de áreas: Nutrición Parenteral, Fórmulas, Laboratorio Clínico, Ludoteca y Área de Información del paciente. | | <ul style="list-style-type: none"> Gestión Municipal Donación de recursos para elaboración o reparación de cerca perimetral de la torre. | |
| INFORMACIÓN | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Sistemas de Información, acordes a las necesidades de las unidades ejecutoras. Sistemas para el registro de información como SAFI y SIRHI | <ul style="list-style-type: none"> Retraso en la generación de información de algunos procesos. Falta de algunos mecanismos automatizados para generar información histórica específica. | <ul style="list-style-type: none"> Lineamientos de RIIS para la desconcentración de pacientes. Aplicaciones amigables para generación de formularios e informes. | <ul style="list-style-type: none"> Alta demanda de información de diferentes instituciones. |
| RECURSOS FINANCIEROS | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Presupuesto Institucional. Monitoreo y seguimiento (comunicación efectiva) para la Gestión de Suministros y Abastecimiento. Sistema Digital de Gestión de Compras en funcionamiento | <ul style="list-style-type: none"> Utilización de Fondos Propios y Economías Salariales para cubrir gastos de operación y no de inversión. Falta de ampliación del Proyecto de Venta de Servicio. | <ul style="list-style-type: none"> Gestión de una mejor asignación presupuestaria- Integrar los procesos de Gestión de Compra, Suministros y Abastecimiento. Gestión para Refuerzos presupuestarios. | <ul style="list-style-type: none"> Asignación Presupuestaria que no responden a las necesidades reales. |
| IMAGEN Y COMUNICACIÓN | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Buen prestigio institucional con base a resultados. Utilización de correo institucional Línea de atención al usuario con el hospital, para Solicitud de servicios, resolución de problemas y Denuncias. Uso de la Plataforma OFFICE 365 en funcionamiento | <ul style="list-style-type: none"> Falta de compromiso por parte del usuario interno para mantener y desarrollar la imagen institucional. En algunos casos existe deficiente traslado de las ordenes a ejecutar entre jefaturas y subalternos. Falta de capacitación para el buen uso de la Plataforma OFFICE 365. | <ul style="list-style-type: none"> Comunicación con el MINSAL para la integración de los procesos. Actualización creativa de la Página Oficial del Hospital. Utilización de Redes Sociales para promover la gestión. Plataforma de Transparencia en funcionamiento. | <ul style="list-style-type: none"> Uso inadecuado de redes sociales. Señalamientos negativos a la institución por los medios de comunicación y redes sociales. |
| GESTION | | | |

| DIAGNOSTICO SITUACIONAL 2023 | | | |
|--|--|---|--|
| Fortalezas | Debilidades | Oportunidades | Amenazas |
| <ul style="list-style-type: none"> Inicio de ejecución del Plan de Levantamiento de Procesos y Procedimientos. Gestión continúa de la calidad con apoyo de los comités institucionales. <p>Proyecto de Mejora documentados</p> | <ul style="list-style-type: none"> Gestión por Funciones y no por Procesos y Burocracia en procesos administrativos. <p>Falta de responsabilidad de algunas jefaturas para asumir sus funciones.</p> | <ul style="list-style-type: none"> Fortalecimiento de una cultura de gestión de la calidad. Apoyo del MINSAL para capacitar sobre Elaboración de Proyectos de Mejora. <p>Responsabilidad social empresarial hacia la función del Hospital.</p> | |
| ORGANIZACIÓN | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Estructura Organizativa acorde al funcionamiento. Plataforma Documental Institucional. Gestión por Procesos Se cuenta con algunas Guías Clínicas aprobadas. | <ul style="list-style-type: none"> Cultura organizacional débil con evasión de responsabilidad. Inadecuado seguimiento, control y evaluaciones de planes operativos. En algunas áreas, no se cuenta con Manuales de Procesos y Procedimientos. Falta de actualización de algunas Guías Clínicas de Atención. (En proceso de Aprobación en Regulación/MINSA L). | <ul style="list-style-type: none"> Fortalecimiento de las TIC para la creación de software que permita ordenar los procesos. Desarrollar un Sistema integrado para la administración del recurso humano. Desarrollar los manuales de Procesos y Procedimientos por dependencia. Lineamientos para la elaboración de documentos normativos MINSAL. | <ul style="list-style-type: none"> Reducción de número de plazas y procesos burocráticos para la contratación de nuevos recursos. Tiempos prolongados para el proceso de aprobación de documentos. |
| DESARROLLO PROFESIONAL | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Función como hospital escuela para el desarrollo profesional. <p>Personal capacitado para fomentar la Investigación.</p> | <ul style="list-style-type: none"> Poca asistencia a actividades de capacitación. | <ul style="list-style-type: none"> Convenios para el desarrollo profesional según prioridades. <p>Fortalecer el área de Investigación a través de donaciones y convenios.</p> | <ul style="list-style-type: none"> Requerimiento frecuente de personal para actividades externas a la institución. |
| SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Proceso de auditoría de morbimortalidad infantil institucional e interinstitucional en | <ul style="list-style-type: none"> Falta de monitoreo y seguimiento del Proceso de Auditoría de | <ul style="list-style-type: none"> Auditorías externas de morbimortalidad. Apoyos para | <ul style="list-style-type: none"> |

| DIAGNOSTICO SITUACIONAL 2023 | | | |
|---|---|---|---|
| Fortalezas | Debilidades | Oportunidades | Amenazas |
| <p>funcionamiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo del Plan de Supervisión y Evaluación de la Gestión Operativa. | <p>morbimortalidad.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deficiente seguimiento de planes de mejora en algunas áreas. | <p>analizar e identificar los factores que obstaculizan la gestión ambiental del hospital y establecer un Plan de Intervención.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Capacitación sobre Procesos de las Dependencias | |
| ATENCIÓN DIRECTA | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo de jornadas médico quirúrgicas. • Oferta de Servicios especializados de tercer nivel con calidad y accesibilidad 24/7 • Contamos con pruebas para el diagnóstico y seguimiento específico Covid-19. • Laboratorio de Tamizaje Neonatal para Hipotiroidismo, Fibrosis Quística, Enfermedad de Jarabe de Arce, Fenilcetonuria e Hiperplasia Suprarrenal Congénita, Tiroiditis Transitoria; con sus respectivas pruebas diagnósticas confirmatorias y tratamiento. • Laboratorio de Cateterismo Cardíaco e intervencionismo endovascular en funcionamiento. | <ul style="list-style-type: none"> • Sobredemanda de pacientes (Afluencia de pacientes de otros niveles y pacientes que ya pasaron la edad (Crónicos). • Tiempos de espera prolongados para la consulta de primera vez en algunas especialidades. | <ul style="list-style-type: none"> • Apoyos para las iniciativas de creación de leyes para procurar nuestra oferta de servicios. • Capacidad para generar nuevas alianzas estratégicas interinstitucionales para la prestación de servicios. • Tratamiento temprano con radioterapia para pacientes con patologías oncológicas. • Desarrollo de teletrabajo. • Ampliación de cobertura de servicios Diagnósticos. • Ampliar la cobertura de atención de servicios por medio de consulta escalonada. • Capacitación a personal sobre intervención cardiovascular y cateterismo. | <ul style="list-style-type: none"> • Referencia de pacientes de otros niveles de atención que no corresponden al III nivel. • Epidemias de enfermedades emergentes. • Vulnerabilidad medioambiental. • Estancias prolongadas por patologías crónicas. • Fallas en el suministro eléctrico. • Aumento de las enfermedades crónicas en la población pediátrica. |
| EMERGENCIAS Y DESASTRES | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Plan de Emergencia y Desastres | <ul style="list-style-type: none"> • Temor y desinterés que afecta el | <ul style="list-style-type: none"> • Apoyos para analizar y evaluar | <ul style="list-style-type: none"> • |

| DIAGNOSTICO SITUACIONAL 2023 | | | |
|--|--|--|----------|
| Fortalezas | Debilidades | Oportunidades | Amenazas |
| actualizado y socializado. • Capacidad de respuesta para situaciones de emergencia y desastres. | compromiso y disposición del personal. | la vulnerabilidad a la que se ve expuesto el hospital en situaciones de emergencia. • | |

4. Identificación y priorización de Problemas y/o Necesidades

La identificación de los problemas es un proceso que permite al Hospital estar consciente de que en un momento dado se debe tomar una decisión para encontrar la solución. El Hospital como en cualquier establecimiento se enfrenta a muchas dificultades y necesidades; las cuales se han identificado, con base al Diagnóstico Situacional y al análisis FODA, concretándose una lista de problemas, los cuales se han agrupado o clasificado en problemas de Demanda, de Oferta y de Gestión, para luego ser evaluados y calificados, utilizando la metodología de Hanlon, de acuerdo al detalle que se presenta en el cuadro siguiente:

Luego de realizada la evaluación los principales problemas a enfrentar en el 2023, son los siguientes:

| N° | Problemas | Magnitud (0-10) | Severidad (0-10) | Efectividad (0.5-1,5) | Factibilidad | | | | | Calificación |
|--|---|--------------------|---------------------|--------------------------|----------------------|-------------------|-------------------|--------------------|------------------------|--------------|
| | | | | | Pertinencia (0-1) | Economía (0-1) | Recursos (0-1) | Legalidad (0-1) | Aceptabilidad (0-1) | |
| | | | | | | | | | | |
| a) Problemas en relación a la demanda | | | | | | | | | | |
| 1 | Saturación de emergencia por demanda de pacientes | 8 | 5 | 0.5 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 |
| 2 | Sobredemanda de atención para las Unidades de Cuidados Intensivos | 5 | 8 | 0.5 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 |
| 3 | Pacientes con patologías con tratamientos con elevado costo y permanentes (Pacientes Hemofílicos, Cirugía Cardiovascular, Insuficiencia Renal, Oncológicos, Pacientes con Malformaciones Complejas, Neonatos, Prematuros, VIH etc.) | 10 | 10 | 0.5 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 |
| 4 | Aumento de pacientes de estancia prolongada | 5 | 5 | 0.5 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 5 |
| 5 | Pacientes con mayor requerimiento de Cuidados Paliativos. | 5 | 5 | 0.5 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 |
| 6 | Limitación de profesionales en especialidades de mayor demanda | 6 | 6 | 0.5 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 |
| 7 | Incremento en la demanda por población mayor de 12 años que requieren una atención | 6 | 6 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 12 |

| Problemas | Magnitud | Severidad | Efectividad | Factibilidad | | | | | Calificación | |
|---|---|-----------|-------------|--------------|----------|----------|-----------|---------------|--------------|----|
| | | | | Pertinencia | Economía | Recursos | Legalidad | Aceptabilidad | | |
| | | | | (0-1) | (0-1) | (0-1) | (0-1) | (0-1) | | |
| | especializada en Salud Mental, enfermedades no transmisibles crónicas y degenerativas. | | | | | | | | | |
| 8 | Prevalencia de morbi-mortalidad debido a lesiones de causa externa secundarias a la violencia, quemaduras, mordeduras por animales y enfermedades crónicas y agudas emergentes. | 5 | 5 | 0.5 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 5 |
| 9 | Sobre demanda de servicios de apoyo y diagnósticos. | 5 | 7 | 0.5 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 |
| 10 | Aumento de pacientes con Infecciones Asociadas a la Atención Sanitaria. | 5 | 5 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 |
| 11 | Necesidad de Derivar pacientes crónicos mayores de 18 años al nivel correspondiente | 7 | 7 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 14 |
| b) Problemas en relación a la Oferta | | | | | | | | | | |
| 12 | Presupuesto limitado para inversión y gastos que permitan dar respuesta a los problemas sanitarios identificados. | 9 | 9 | 0.5 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 |
| 13 | Limitaciones de espacio físico para ampliación de oferta de servicio, parqueos y reducción del Hacinamiento | 9 | 9 | 0.5 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 |
| 14 | Insuficiente Recurso humano en algunas disciplinas | 7 | 7 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 14 |
| 15 | Falta de aprobación e implementación de guías de atención y/o protocolos de especialidades médicas-quirúrgicas | 7 | 7 | 1.5 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 21 |
| 16 | Limitación de recursos financieros para renovación y/o sustitución de Equipo obsoleto o que ya finalizó su vida útil | 9 | 9 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 18 |
| 17 | Limitada capacidad resolutoria frente a la creciente demanda de pacientes de más de 12 años con patologías crónicas que requieren atención. | 8 | 7 | 0.5 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 |
| 18 | Déficit de camas para Cuidados Intensivos en algunos periodos | 8 | 8 | 0.5 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 |
| 19 | Falta de habilitación de horas | 7 | 7 | 0.5 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 |

| Problemas | Magnitud | Severidad | Efectividad | Factibilidad | | | | | Calificación | |
|------------------------------------|---|-----------|-------------|--------------|----------|----------|-----------|---------------|--------------|----|
| | | | | Pertinencia | Economía | Recursos | Legalidad | Aceptabilidad | | |
| | | | | (0-1) | (0-1) | (0-1) | (0-1) | (0-1) | | |
| | quirófanos por déficit de personal | | | | | | | | | |
| 20 | Dificultad con algunos proveedores en el suministro oportuno de algunos bienes o insumos requeridos. | 6 | 5 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 11 |
| 21 | Difícil de camas en algunos periodos del año | 6 | 6 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 12 |
| c) En relación a la Gestión | | | | | | | | | | |
| 22 | Dificultad en la oportunidad del proceso de generación, procesamiento, divulgación y análisis de la información para la toma de decisiones y requerimientos externo | 8 | 8 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 16 |
| 23 | Tiempo de Espera prolongados para Consulta de Primera Vez en algunas especialidades | 7 | 7 | 0.5 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 7 |
| 24 | Tiempos de Espera prolongados para la Programación de Cirugía Electiva de algunas especialidades | 6 | 6 | 0.5 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 |
| 25 | Dificultad para el trabajo en equipo | 6 | 6 | 0.5 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 6 |
| 26 | Limitación en el uso adecuado de las herramientas de Seguimiento y Control para la Gestión Administrativo (PAOs, Valoración de Riesgo, Indicadores) | 7 | 7 | 1.5 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 21 |
| 27 | Dificultad para la generación de una cultura de comunicación efectiva | 8 | 8 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 16 |
| 28 | Limitada Gestión por procesos- (Trabajo por funciones y no por proceso) | 8 | 8 | 0.5 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 8 |
| 29 | Divulgación limitada de La investigación científica para usos institucionales | 8 | 8 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 16 |
| 30 | Deficiente aplicación de normativas vigentes | 5 | 5 | 1.5 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 15 |
| 31 | Clima laboral con de algunas deficiencias | 6 | 6 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 12 |
| 32 | Sobrecarga laboral por Ausencias de Recurso Humanos debido a incapacidades, Carta de Medicina de Trabajo. | 8 | 8 | 0.5 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 |

| Problemas | Magnitud | Severidad | Efectividad | Factibilidad | | | | | Calificación | |
|-----------|---|-----------|-------------|--------------|----------|----------|-----------|---------------|--------------|----|
| | | | | Pertinencia | Economía | Recursos | Legalidad | Aceptabilidad | | |
| | | | | (0-1) | (0-1) | (0-1) | (0-1) | (0-1) | | |
| 33 | Limitada Administración de salarios por aspectos legales | 8 | 8 | 0.5 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 |
| 34 | Falta de interés en la capacitación y formación en algunas disciplina | 8 | 8 | 1.5 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 24 |
| 35 | Limitada capacidad de liderazgo en algunas áreas | 7 | 6 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 13 |
| 36 | Débil compromiso en la implementación de la Gestión de Calidad en algunas áreas | 7 | 7 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 14 |
| 37 | Dificultades en el proceso de gestión de compra | 6 | 6 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 12 |
| 38 | Falta de Equipo y Automatización de procesos en algunas dependencias | 5 | 5 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 10 |
| 39 | Limitado aprovechamiento de las tecnologías de información existentes | 6 | 6 | 1.5 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 18 |

| N° | Priorización de Problemas | Calificación |
|----|--|--------------|
| 1 | Falta de interés en la capacitación y formación en algunas disciplina | 24 |
| 2 | Falta de aprobación e implementación de guías de atención y/o protocolos de especialidades médicas-quirúrgicas | 21 |
| 3 | Limitación en el uso adecuado de las herramientas de Seguimiento y Control para la Gestión Administrativo (PAOs, Valoración de Riesgo, Indicadores) | 21 |
| 4 | Limitación de recursos financieros para renovación y/o sustitución de Equipo obsoleto o que ya finalizo su vida útil | 18 |
| 5 | Limitado aprovechamiento de las tecnologías de información existentes | 18 |
| 6 | Dificultad en la oportunidad del proceso de generación, procesamiento, divulgación y análisis de la información para la toma de decisiones y requerimientos externos | 16 |
| 7 | Dificultad para la generación de una cultura de comunicación efectiva | 16 |
| 8 | Divulgación limitada de La investigación científica para usos institucionales | 16 |
| 9 | Deficiente aplicación de normativas vigentes | 15 |
| 10 | Necesidad de Derivar pacientes crónicos mayores de 18 años al nivel correspondiente | 14 |
| 11 | Insuficiente Recurso humano en algunas disciplinas | 14 |
| 12 | Débil compromiso en la implementación de la Gestión de Calidad en algunas áreas | 14 |

| N° | Priorización de Problemas | Calificación |
|-----------|--|---------------------|
| 13 | Limitada capacidad de liderazgo en algunas áreas | 13 |
| 14 | Incremento en la demanda por población mayor de 12 años que requieren una atención especializada en Salud Mental, enfermedades no transmisibles crónicas y degenerativas. | 12 |
| 15 | Difícil de camas en algunos periodos del año | 12 |
| 16 | Clima laboral con de algunas deficiencias | 12 |
| 17 | Dificultades en el proceso de la gestión de compra | 12 |
| 18 | Dificultad con algunos proveedores en el suministro oportuno de algunos bienes o insumos requeridos. | 11 |
| 19 | Pacientes con patologías con tratamientos con elevado costo y permanentes: Pacientes Hemofílicos, Cirugía Cardiovascular, Insuficiencia Renal, Oncológicos, Pacientes con Malformaciones Complejas, Neonatos, Prematuros, VIH etc. | 10 |
| 20 | Aumento de pacientes con Infecciones Asociadas a la Atención Sanitaria. | 10 |
| 21 | Falta de Equipo y Automatización de procesos en algunas dependencias | 10 |
| 22 | Limitada Gestión por procesos- (Trabajo por funciones y no por proceso) | 8 |
| 23 | Tiempo de Espera prolongados para Consulta de Primera Vez en algunas especialidades | 7 |
| 24 | Limitación de profesionales en especialidades de mayor demanda | 6 |
| 25 | Tiempos de Espera prolongados para la Programación de Cirugía Electiva de algunas especialidades | 6 |
| 26 | Dificultad para el trabajo en equipo | 6 |
| 27 | Aumento de pacientes de estancia prolongada | 5 |
| 28 | Prevalencia de morbi-mortalidad debido a lesiones de causa externa secundarias a la violencia, quemaduras, mordeduras por animales y enfermedades crónicas y agudas emergentes. | 5 |
| 29 | Saturación de emergencia por demanda de pacientes | 0 |
| 30 | Sobredemanda de atención para las Unidades de Cuidados Intensivos | 0 |
| 31 | Pacientes con mayor requerimiento de Cuidados Paliativos. | 0 |
| 32 | Sobre demanda de servicios de apoyo y diagnósticos. | 0 |
| 33 | Presupuesto limitado para inversión y gastos que permitan dar respuesta a los problemas sanitarios identificados. | 0 |
| 34 | Limitaciones de espacio físico para ampliación de oferta de servicio, parqueos y reducción del Hacinamiento | 0 |
| 35 | Limitada capacidad resolutoria frente a la creciente demanda de pacientes de más de 12 años con patologías crónicas que requieren atención. | 0 |

| N° | Priorización de Problemas | Calificación |
|----|--|--------------|
| 36 | Déficit de camas para Cuidados Intensivos en algunos periodos | 0 |
| 37 | Falta de habilitación de horas quirófanos por déficit de personal | 0 |
| 38 | Sobrecarga laboral por Ausencias de Recurso Humanos debido a incapacidades, Carta de Medicina del Trabajo. | 0 |
| 39 | Limitada Administración de salarios por aspectos legales | 0 |

| Determinación de causas y Establecimiento de actividades para atacar las causas de los Problemas Priorizados | | | |
|---|---|--|---|
| N° | Problema Priorizado | Causas del Problema | Actividades para atacar las causas |
| 1 | Falta de interés en la capacitación y formación en algunas disciplinas | <ul style="list-style-type: none"> Desmotivación Laboral Falta de Programación específica de los Eventos de Capacitación Falta de organización en las funciones Sobre carga laboral en algunos puestos Falta de apoyo de las jefaturas en la promoción y desarrollo del RRHH Acomodamiento y exceso de confianza | <ul style="list-style-type: none"> Incluir en el Programa de Capacitación fechas de realización de los Eventos Formar una Comisión ADOC para que realice Revisión del Proceso de Capacitación y la Norma del Proceso de Capacitación y Desarrollo del personal Realizar una resolución interna para que el Proceso de Capacitación sea de estricto cumplimiento |
| 2 | Falta de aprobación e implementación de guías de atención y/o protocolos de especialidades médicas-quirúrgicas | <ul style="list-style-type: none"> Prolongación del Tiempo de Revisión y Aprobación del ente normativo La falta de definición de procesos oficiales al interior del Hospital. | <ul style="list-style-type: none"> Gestionar la aprobación de guías elaboradas Realizar una resolución interna para la implementación de las Guías Realizar la divulgación de la Guías Establecer un Plan de monitoreo para la implementación y cumplimiento de las guías |
| 3 | Limitación en el uso adecuado de las herramientas de Seguimiento y Control para la Gestión Administrativo (PAOs, Valoración de Riesgo, Indicadores) | <ul style="list-style-type: none"> La falta de apoyo y supervisión técnica de las jefaturas inmediata superior Acomodamiento Desconocimiento en el uso y aplicación por falta de formación gerencial Falta de compromiso institucional Evitar la evaluación y medición de resultados | <ul style="list-style-type: none"> Incluir en el Plan de Capacitación un Diplomado o maestría de Gerencia en Salud Incluir los PAOs específicos de cada dependencia la elaboración del PAOs en el mes de diciembre de cada año y la entrega del Informe de Monitoreo trimestral la 2a semana de Abril, Junio, Septiembre y Enero Incluir los PAOs las reuniones administrativas para la Revisión y Seguimiento de los Planes y la Calidad de Información Elaborar el programa de trabajo de las actividades programadas en el PAO Desarrollar jornadas para la presentación de logros y cumplimiento de planes un sistema de reconocimiento a los servicios con mejores resultados |
| 4 | Limitación de recursos financieros para renovación y/o sustitución de Equipo obsoleto o que ya finalizo su vida útil | <ul style="list-style-type: none"> No se realiza evaluación de reales para la asignación presupuestaria Limitada apertura para gestión de fondos | <ul style="list-style-type: none"> Gestionar antes de elaboración del presupuesto un incremento del mismo, presentando un informe de las necesidades reales que incluye la inversión para renovación y/o sustitución en Equipo |

Determinación de causas y Establecimiento de actividades para atacar las causas de los Problemas Priorizados

| N° | Problema Priorizado | Causas del Problema | Actividades para atacar las causas |
|----|--|--|--|
| 5 | Limitado aprovechamiento de las tecnologías de información existentes | <ul style="list-style-type: none"> • Acomodamiento • Desconocimiento en el uso y aplicación por falta de capacitación y practica • Falta de compromiso institucional • No se cuenta con manuales o guías para el uso de los Sistemas | <ul style="list-style-type: none"> • Definir y normar el Proceso para la realización e Implementación de los Sistemas que incluya el Plan de Capacitación del Sistema • Elaborar Manuales de usuario de todos los Sistemas Elaborados |
| 6 | Dificultad en la oportunidad del proceso de generación, procesamiento, divulgación y análisis de la información para la toma de decisiones y requerimientos externos | <ul style="list-style-type: none"> • Procesos manuales y obsoletos • Falta de Organización • Múltiples ocupaciones y la demanda de trabajos emergentes | <ul style="list-style-type: none"> • Fomentar el Desarrollo y uso de la TIC • Incluir en el Plan de Capacitación, cursos del uso de las TIC • Incluir los PAOs específicos de cada dependencia la actividad de Monitoreo y/o seguimientos del proceso de Entrega Oportuna de Informes Estadísticos de Producción y otros requeridos periódicamente |
| 7 | Dificultad para la generación de una cultura de comunicación efectiva | <ul style="list-style-type: none"> • Liderazgo defectuoso. • Sobre-información. • Fragmentación de la comunicación. • Falta de alineación de objetivos • No se tiene una cultura organización unificada | <ul style="list-style-type: none"> • Brindar oportunidades de intercambio de ideas y opiniones. • Comunicar formalmente lo estrictamente necesario • Fortalecer la Capacidad Gerencial y Liderazgo |
| 8 | Divulgación limitada de La investigación científica para usos institucionales | <ul style="list-style-type: none"> • La Unidad de Investigación está en proceso de desarrollo | <ul style="list-style-type: none"> • Elaborar y divulgar el Manual de Organización y Funciones de la Unidad de Investigación • Elaborar y divulgar el Manual de los Procesos de la Unidad de Investigación • Fortalecer con personal para la promoción de la Investigación institucional. |
| 9 | Deficiente aplicación de normativas vigentes | <ul style="list-style-type: none"> • Falta de interés en el conocimiento y aplicación • Falta de Capacitación | <ul style="list-style-type: none"> • Incluir en el Plan de Capacitación Cursos de Conocimiento y aplicación de Normativas y Leyes aplicables a la gestión institucional |
| 10 | Necesidad de Derivar pacientes crónicos mayores de 18 años al nivel correspondiente | <ul style="list-style-type: none"> • Saturación de los servicios de Internación del Hospital • Incremento en los Costos de Hospitalización | <ul style="list-style-type: none"> • Coordinar con los establecimientos de la Red para la aceptación y apoyo en el traslado y seguimiento de la atención de los pacientes |
| 11 | Insuficiente Recurso humano en algunas disciplinas | <ul style="list-style-type: none"> • Limitada oferta laboral de sub especialidades pediátricas • Los salarios y/o condiciones laborales no atractivas • Los aspectos legales que imposibilitan la fluidez en la gestión de contratación | <ul style="list-style-type: none"> • Formar especialistas en diferentes disciplinas de acuerdo a la demanda de atención • Evaluar la inclusión de aspectos que permitan mejorar la Gestión del Recurso Humano en la Normas Técnicas de Control Interno • Informar y Gestionar ante el ente normativo la necesidad real de RRHH que permita dar respuesta a la demanda y oferta de Servicios de Tercer nivel de atención |

Determinación de causas y Establecimiento de actividades para atacar las causas de los Problemas Priorizados

| N° | Problema Priorizado | Causas del Problema | Actividades para atacar las causas |
|----|---|---|---|
| 12 | Débil compromiso en la implementación de la Gestión de Calidad en algunas áreas | <ul style="list-style-type: none"> • Desmotivación • Carga Laboral excesiva • Ver a los empleados como si fueran un material más • Falta de conocimiento sobre lo que es y la importancia de la Gestión de Calidad • Falta de compromiso institucional | <ul style="list-style-type: none"> • Fomentar la Cultura de Calidad desde cada una de las Dependencias • Establecer un sistema oficial de evaluación y medición de los resultados obtenidos • Capacitar a todos los empleados en Temas de Calidad • Establecer al interior de las dependencias un equipo de mejora para la elaboración de los procesos a fin de Empoderar a los empleados y hacerlos partícipes y responsables de los éxitos y fracasos • Desarrollar e implementar el Plan de Seguridad del Paciente • Establecer un Plan de Incentivos que permita el reconocimiento a los avances en la Calidad de atención de los servicios |
| 13 | Limitada capacidad de liderazgo en algunas áreas | <ul style="list-style-type: none"> • Falta de apoyo de los mandos superiores para el desarrollo de la Gestión de acuerdo a las necesidades • Falta de experiencia y/o conocimiento administrativo • Desconocimiento de la cartera de servicios y/o programas de salud que se lidera • Mal ejercicio del poder • Falta de seguimiento de la Planeación Estratégica • Poca sensibilidad hacia las necesidades del personal. • Limitada capacidad resolutoria | <ul style="list-style-type: none"> • Incluir en el Plan de Capacitación un Diplomado o maestría de Gerencia en Salud que permita actualizar y potenciar la capacidad gerencial de todas las Jefaturas • Establecer un sistema oficial de evaluación y medición de los resultados obtenidos <ul style="list-style-type: none"> • Establecer equipo de mejora de los procesos al interior de las dependencias a fin de Empoderar a los empleados y hacerlos partícipes y responsables de los éxitos y fracasos |
| 14 | Incremento en la demanda por población mayor de 12 años que requieren una atención especializada en Salud Mental, enfermedades no transmisibles crónicas y degenerativas. | <ul style="list-style-type: none"> • Aumento de referencias porque el Hospital es el único de referencia para estas atenciones • Limitada apertura para la atención de paciente en el rango de edad adolescente | <ul style="list-style-type: none"> • Evidenciar y documentar la necesidad de ampliar la oferta de servicios para cubrir este segmento de la población adolescente • Fortalecer el Proyecto de ampliación de Oferta de Servicios para la atención de adolescentes y evidenciar los requerimientos financieros necesarios para responder a la demanda de la población. |

Determinación de causas y Establecimiento de actividades para atacar las causas de los Problemas Priorizados

| N° | Problema Priorizado | Causas del Problema | Actividades para atacar las causas |
|----|---|---|---|
| 15 | Difícil de camas en algunos periodos del año | <ul style="list-style-type: none"> • Incremento de pacientes con enfermedades estacionales o por epidemias • Limitada coordinación y apoyo para el funcionamiento de la RISS • | <ul style="list-style-type: none"> • Realizar un estudio que permita en base a la estadística establecer la necesidad real de camas en el periodo estacional. • Habilitar un servicio temporal que dé cobertura al exceso de paciente que requieren atención de camas por enfermedades estacionales o epidemias • Gestionar el Servicio Temporal y generar la información estadística que permita evaluar la producción, costos y eficiencia de dicho servicio |
| 16 | Clima laboral con de algunas deficiencias | <ul style="list-style-type: none"> • Desmotivación Laboral • Limitada capacidad de Liderazgo en algunas áreas | <ul style="list-style-type: none"> • Gestionar los fondos para la contratación de consultoría externa que realice el estudio de Clima Laboral del Hospital • Realizar las recomendaciones que surjan del Estudio de clima Laboral |
| 17 | Dificultades en el proceso de la gestión de compra | <ul style="list-style-type: none"> • Presupuesto que no responde a las necesidades reales • Aspectos legales que imposibilitan la agilización de los procesos • Desconocimiento de los diferentes Procesos de Compras y abastecimiento | <ul style="list-style-type: none"> • Capacitar en la Ley de Adquisiciones y Contrataciones • Capacitación en la Elaboración de Términos de Referencia para Compras de Bienes y Servicios • Establecer el Presupuesto de Bienes y Servicios en función a las necesidades reales y gestionar su financiamiento |
| 18 | Dificultad con algunos proveedores en el suministro oportuno de algunos bienes o insumos requeridos. | <ul style="list-style-type: none"> • Aspectos no considerados en los Términos de Referencia • Imposibilidad de los proveedores a responder a los contratos | <ul style="list-style-type: none"> • Mejorar los términos de Referencias para las compras • |
| 19 | Pacientes con patologías con tratamientos de elevado costo y permanente: Pacientes Hemofílicos, Cirugía Cardiovascular, Insuficiencia Renal, Oncológicos, Pacientes con Malformaciones Complejas, Neonatos, Prematuros, VIH etc. | <ul style="list-style-type: none"> • El Hospital es el único de Referencia para atender estos pacientes • Falta de apego al tratamiento de algunos pacientes | <ul style="list-style-type: none"> • Realizar el Monitoreo del Plan de Atención Integral de Pacientes con patologías crónicas no Transmisibles y divulgar los resultados • Realizar el Plan de Educación para los pacientes y cuidadores • Realizar el Monitoreo de Costos en los Servicios que atienden pacientes con Patologías de elevado Costo |

| Determinación de causas y Establecimiento de actividades para atacar las causas de los Problemas Priorizados | | | |
|--|---|---|---|
| N° | Problema Priorizado | Causas del Problema | Actividades para atacar las causas |
| 20 | Aumento de pacientes con Infecciones Asociadas a la Atención Sanitaria. | <ul style="list-style-type: none"> Falta de cumplimiento a las indicaciones y recomendaciones del comité de IAAS Resistencia bacteriana | <ul style="list-style-type: none"> Monitoreo y seguimiento del apego al lavado de manos en los servicios asistenciales Fortalecer la Vigilancia y la Educación continua de IAAS |

V. Valoración de Riesgos 2023

Unos de los aspectos importantes y de interés institucional es la realización de la Gestión de Riesgos, puesto que es un instrumento para la toma de decisiones y un medio para reducir la incertidumbre y asegurar el éxito de las metas y la efectividad de los procesos y que además debe realizarse anualmente conforme a los lineamientos de la Corte de Cuentas.

La gestión de riesgo es importante entre otras razones por las siguientes:

- Favorece la identificación de amenazas, obstáculos y oportunidades.
- Aumenta las posibilidades de alcanzar los objetivos. Los procesos que tengan más seguimiento y control tienden a ser más exitosos.
- Impulsa la proactividad, ya que una vez incorporada la labor de gestión de riesgos, los jefes de departamento y los empleados en general, podrán asumir una actitud más dinámica para la consecución de objetivos.
- Mejora las labores de administración de la institución.
- La institución mejora su eficacia en la asignación de recursos para la gestión del riesgo. Es decir, ya no es un gasto que se efectúa de manera improvisada. Lo más común es que se destine una pequeña parte del presupuesto.
- Mejora la adaptación de la institución al entorno social y económico al que pertenece, puesto que identificar los riesgos permite acercarse al contexto.
- Potencia la confianza de los grupos de interés.
- Facilita la toma de decisiones.
- Fomenta la capacidad de transformación institucional.

El proceso de monitoreo y evaluación de la Valoración de Riesgos Institucional 2022, realizado en el mes de noviembre de 2022, ha permitido la elaboración de la Valoración de Riesgos 2023, la cual se presenta en el cuadro siguiente:

| 1. Proceso | 2. Riesgos | 3. Probabilidad de ocurrencia del riesgo (Baja=1; Media=2 y Alta=3) | 4. Magnitud del impacto del riesgo (Leve=1; Moderado=2 y Severo=3) | 5. Exposición al riesgo (F x I) Categoría | 6. Acciones para control de riesgos | 7. Responsables |
|------------------|---|---|--|---|---|-------------------|
| Atención Directa | Falta de oportunidad en la atención del paciente debido a los tiempos prolongados de las citas para Consulta Externa o Cirugías Electivas, por sobredemanda de referencias de pacientes que deben | 2 | 2 | 4 | Seguimiento a los Convenio ISSS-HNNBB y a la Política de Formación de Profesionales en Salud, al Convenio MINSAL-INS-UES, HNNBB-UJMD y al Convenio IEPROES-HNNBB. | Jefes de División |

| 1. Proceso | 2. Riesgos | 3. Probabilidad de ocurrencia del riesgo (Baja=1; Media=2 y Alta=3) | 4. Magnitud del impacto del riesgo (Leve=1; Moderado=2 y Severo=3) | 5. Exposición al riesgo (F x I) Categoría | 6. Acciones para control de riesgos | 7. Responsables |
|------------|---|---|--|---|---|---|
| | ser atendidos en otros niveles de atención. | | | | | |
| | | | | | Redistribución de los tiempos por actividad del personal multidisciplinario. (Hacer énfasis en los tiempos para Producción, Investigación, Capacitación, Comités y Docencia). | Jefes de División y Unidades Adscritas a la Dirección |
| | | | | | Dar seguimiento al proceso de Referencia, Retorno e Interconsulta a la RIIS. | Jefe UOC |
| | | | | | Dar seguimiento al proceso de traslado de los pacientes mayores de 18 años a la RIIS. | Jefe UOC |
| | | | | | Gestión para la contratación de médicos en las especialidades donde sea necesario. | Jefes de Consulta Externa Médica y Quirúrgica |
| | | | | | Continuar con las Gestiones y alianzas con diferentes universidades para la formación de especialistas. | Jefes de División Médica y Quirúrgica |
| | | | | | Establecer Carta Compromiso para los recursos formados con apoyo del hospital, cuando sea necesario. | Director |
| | Limitación de cupo para pacientes con patologías agudas, debido a estancias prolongadas de pacientes con patologías crónicas terminales. | 2 | 2 | 4 | Coordinar con la RIIS el retorno de los pacientes con patologías crónicas. | Jefes División Médica y Quirúrgica |
| | No se mantiene permanentemente la calidez en la atención y/o Deterioro del Clima Laboral y/o desinterés en capacitación, debido a débil liderazgo y capacidad gerencial y/o Remuneración y función no acorde al nombramiento de personal en algunos recursos y/o Falta Plan de Desarrollo de Recursos Humanos debido a Recurso humano insuficiente en ciertas áreas y/o Deficiencia de personal por incapacidad de COVID-19, con enfermedades crónicas, de edad avanzada y pensionados, y/o por Desmotivación laboral en algunas áreas, y/o por Clima laboral conflictivo en algunas áreas y/o Desconocimiento y deficiente aplicación de las normativas. | 2 | 3 | 6 | Elaborar un Estudio de Clima Laboral con cooperación externa. | Director |

| 1. Proceso | 2. Riesgos | 3. Probabilidad de ocurrencia del riesgo (Baja=1; Media=2 y Alta=3) | 4. Magnitud del impacto del riesgo (Leve=1; Moderado=2 y Severo=3) | 5. Exposición al riesgo (F x I) Categoría | 6. Acciones para control de riesgos | 7. Responsables |
|------------|---|---|--|---|--|---|
| | | | | | Elaborar y ejecutar un Plan de Salud Mental para el personal con cooperación externa o fondos propios. | Subdirector |
| | | | | | Elaborar y ejecutar un Plan de Capacitación Institucional sobre el contenido y aplicabilidad de las normas, reglamentos y leyes vigentes y aplicables al hospital, y apoyo interinstitucional. | Jefe Unidad Jurídica |
| | | | | | Informar al personal la responsabilidad de mantenerse actualizados respecto a las leyes vigentes y sus reformas. | Jefe Unidad Jurídica |
| | | | | | Establecer un Equipo de Supervisión Institucional. | Director |
| | | | | | Gestionar que los nombramientos del personal sean acordes a las funciones, analizando particularmente cada caso. | Jefe Depto. Recursos Humanos |
| | | | | | Seguimiento de la implementación de cambios realizados el proceso de Selección y Contratación de Recursos Humanos. | Jefe División Administrativa |
| | | | | | Elaboración del Plan Institucional de Desarrollo del Recurso Humano. | Jefe Depto. Recursos Humanos |
| | | | | | Implementación del Plan Institucional de Desarrollo del Recurso Humano. | Jefe Depto. Recursos Humanos |
| | | | | | Monitoreo y Evaluación del Plan Institucional de Desarrollo del Recurso Humano. | Jefe Depto. Recursos Humanos |
| | | | | | Presentación de resultados del Monitoreo y Evaluación del Plan Institucional de Desarrollo del Recurso Humano. (De ser necesario se realizarán ajustes) | Jefe Depto. Recursos Humanos |
| | | | | | Optimización de las funciones del recurso humano con enfermedades crónicas, según necesidad. | Jefes de Divisiones y Unidades adscritas a la Dirección |
| | | | | | Establecer un Plan para la identificación de personal en riesgo de enfermedades Crónicas Prevenibles y Salud Ocupacional. | Jefe Clínica Empresarial |
| | | | | | Ejecutar el Plan para la identificación de personal en riesgo de enfermedades Crónicas Prevenibles y Salud Ocupacional. | Jefe Clínica Empresarial |
| | Dificultades para brindar la atención debido a limitación de profesionales interesados para laborar en el HNNBB y/o porque algunas especialidades no tienen cobertura dentro del Convenio HNNBB-ISSS. | 2 | 3 | 6 | Evaluar la factibilidad legal de establecer Carta Compromiso para los médicos becarios. | Jefe Unidad Jurídica |

| 1. Proceso | 2. Riesgos | 3. Probabilidad de ocurrencia del riesgo (Baja=1; Media=2 y Alta=3) | 4. Magnitud del impacto del riesgo (Leve=1; Moderado=2 y Severo=3) | 5. Exposición al riesgo (F x I) Categoría | 6. Acciones para control de riesgos | 7. Responsables |
|-----------------------|--|---|--|---|---|------------------------------|
| | | | | | Establecer Carta Compromiso a los médicos becarios, según factibilidad. | Jefe Unidad Jurídica |
| | | | | | Gestionar la actualización del Convenio HNNBB-ISSS para cobertura de las especialidades con dificultades de aceptación en el ISSS. | Director |
| | Resultados negativos en algunos procesos de atención debido a cultura organizacional débil con falta de responsabilidad o destrezas y/o por inadecuado seguimiento, control y evaluaciones de planes operativos y/o por falta de desarrollo de las habilidades y destrezas individuales debido a la poca asistencia a actividades de capacitación. | 2 | 2 | 4 | Desarrollar el Proyecto de Capacitación con apoyo AECID. | Jefe UDP |
| | | | | | Actualizar e implementar la metodología para el desarrollo del PAO por Dependencia. | Jefe Unidad de Planificación |
| | | | | | Dar seguimiento al Plan de Incentivos para fomentar la asistencia a las capacitaciones. | Coordinador de Capacitación |
| | | | | | Presentación para aprobación del Programa de Capacitación Institucional de acuerdo a las necesidades de la institución y hacer énfasis en la Calidez de la atención. | Coordinador de Capacitación |
| | | | | | Elaborar un Proyecto de ajuste salarial multidisciplinario institucional con base a la Ley de Salarios. | Director |
| Gestión Institucional | Limitación en la adquisición de bienes y servicios debido a la falta de proveedores y/o escasez de insumos en el mercado y/o solicitud de prórroga para la entrega de los productos. | 2 | 3 | 6 | Presentar un Análisis Financiero Institucional, cada mes. | Jefe UFI |
| | | | | | Presentar cada mes según formato proporcionado por la Dirección, un Informe que detalle los saldos disponibles tomando como referencia la PEP (Programación de Ejecución Presupuestaria), por tipo de fondo. (Presentarlo cada 3er día hábil) | Jefe UFI |
| | | | | | Presentar un informe mensual de los Compromisos pendientes de pago, identificando aquellos que ya se encuentren solicitados en el requerimiento de fondos en el MH; debiendo incluir también aquellos que no se encuentran solicitados en | Jefe UFI |

| 1. Proceso | 2. Riesgos | 3. Probabilidad de ocurrencia del riesgo (Baja=1; Media=2 y Alta=3) | 4. Magnitud del impacto del riesgo (Leve=1; Moderado=2 y Severo=3) | 5. Exposición al riesgo (F x I) Categoría | 6. Acciones para control de riesgos | 7. Responsables |
|------------|---|---|--|---|--|---|
| | | | | | el requerimiento. (Presentarlo cada 3er día hábil) | |
| | | | | | Establecer e implementar el proceso de pago electrónico para todo compromiso financiero. | Jefe UFI |
| | | | | | Monitorear la ejecución del proceso de pago electrónico para todo compromiso financiero. | Jefe UFI |
| | | | | | Realizar un análisis de los consumos de los insumos de todos los servicios. | Jefe Departamento de Suministros y Abastecimiento |
| | | | | | Establecer e implementar un Plan de Acción para la Distribución y Uso Racional de los Insumos. | Jefe Departamento de Suministros y Abastecimiento |
| | | | | | Monitoreo y seguimiento del Sistema digitalizado del Proceso de Gestión de Compras. | Jefe UACI |
| | | | | | Seguimiento del funcionamiento del Sistema digitalizado del Proceso de Gestión de Compras, para gestión de mejoras. | Jefe de Unidad de Planificación |
| | | | | | Monitorear el Proceso de Seguimiento y Verificación del Pago a Proveedores (De ser necesario realizar las adecuaciones pertinentes). | Jefe UFI |
| | Dificultades para brindar la atención por suspensión de los servicios por fallas de los equipos porque algunos ya están desfasados o tienen vida útil finalizada, y/o porque falta equipo informático para la implementación de Sistemas digitalizados, en algunas áreas y para la sala de monitoreo. | 2 | 2 | 4 | Reestructurar/Reactivar el Equipo de Proyectos. | Subdirector |
| | | | | | Actualizar/Elaborar un Plan de Renovación de Equipo. | Equipo de Proyectos |
| | | | | | Implementar y dar seguimiento al Plan de Renovación de Equipo. | Subdirector |
| | | | | | Gestionar la adquisición de equipamiento y mobiliario necesario. | Subdirector |
| | Riesgo de accidente por daños en la infraestructura de algunas áreas de los Edificios Antiguos del Anexo (Unidad Jurídica, Recursos Humanos y Auditoría Interna). | 3 | 3 | 9 | Dar seguimiento a la gestión para la evaluación estructural de la infraestructura de los Edificios Antiguos del Anexo. | Director |
| | | | | | Gestionar los apoyos para resolver los daños en infraestructura, según los resultados de la evaluación. | Director |
| | Dificultad de acceso a las instalaciones del hospital debido a ventas en las aceras y estacionamiento de vehículos. | 2 | 2 | 4 | Continuar con la gestión con las instancias pertinentes el reordenamiento de los accesos al hospital. | Jefe División Administrativa |

| 1. Proceso | 2. Riesgos | 3. Probabilidad de ocurrencia del riesgo (Baja=1; Media=2 y Alta=3) | 4. Magnitud del impacto del riesgo (Leve=1; Moderado=2 y Severo=3) | 5. Exposición al riesgo (F x I) Categoría | 6. Acciones para control de riesgos | 7. Responsables |
|------------|---|---|--|---|--|------------------------------------|
| | | | | | Ordenamiento de los espacios disponibles para parqueos. | Jefe División Administrativa |
| | | | | | Elaboración, Monitoreo y Evaluación del funcionamiento de la Normativa para la administración de los parqueos. | Jefe División Administrativa |
| | Probabilidad de error al realizar las actividades y/o burocracia en procesos administrativos, debido a falta de Procesos y Procedimientos definidos. | 2 | 2 | 4 | Dar seguimiento al desarrollo del Plan Institucional para el Levantamiento de Procesos. | Jefe UOC |
| | | | | | Implementación de la Gestión por Procesos. | Jefe UOC |
| | Falta de uniformidad de la atención debido a no contar con Guías Clínicas. | 2 | 2 | 4 | Falta de uniformidad de la atención debido a no contar con Guías Clínicas por procesos de aprobación burocráticos. | Jefes División Médica y Quirúrgica |
| | | | | | Continuar con la actualización de las Guías Clínicas. | Jefes División Médica y Quirúrgica |
| | Dificultades para realizar el trabajo debido a que en algunos casos existe deficiente traslado de las ordenes a ejecutar entre jefaturas y subalternos. | 2 | 2 | 4 | Desarrollar una aplicación de control y seguimiento de indicaciones. | Director |
| | | | | | Implementar, seguimiento y evaluación de una Aplicación de Control y Seguimiento de Indicaciones. | Director |
| | Posibles fallas en los procesos debido a la falta de elaboración y/o implementación de los Planes de Mejora. | 2 | 2 | 4 | Sistematizar y coordinar la elaboración y ejecución de los Planes de Mejora. | Jefe UOC |
| | Dificultades en la adquisición de recursos para inversión institucional debido a limitada asignación presupuestaria y/o a falta de ampliación del Proyecto de Venta de Servicios y/o por utilización de los fondos propios para pago de salarios o compra de insumos. | 2 | 2 | 4 | Desarrollar la ampliación del Proyecto de Venta de Servicios, con apoyo de una consultoría externa. | Subdirector |
| | | | | | Establecer y Socializar una Política para el Manejo de Fondos Propios, acorde al diagnóstico derivado de la ampliación del Proyecto de Venta de Servicios. | Subdirector |
| | | | | | Implementar la Política para el Manejo de Fondos Propios (Elaborar la Programación). | Subdirector |
| | | | | | Evaluar los resultados de la implementación de la Política para el Manejo de Fondos Propios. | Subdirector |

| 1. Proceso | 2. Riesgos | 3. Probabilidad de ocurrencia del riesgo (Baja=1; Media=2 y Alta=3) | 4. Magnitud del impacto del riesgo (Leve=1; Moderado=2 y Severo=3) | 5. Exposición al riesgo (F x I) Categoría | 6. Acciones para control de riesgos | 7. Responsables |
|--|---|---|--|---|---|--|
| Información Institucional | Dificultades en la toma de decisiones por información inoportuna o múltiples solicitudes de información. | 2 | 2 | 4 | Supervisar el proceso de entrega de la información de la producción institucional. | Jefe de Unidad de Epidemiología, Estadística e Información Institucional |
| | | | | | Coordinar la integración del Plan de Desarrollo de las Tecnologías de Información y Comunicación (TIC) Institucional con la implementación del SIS. | Jefe Depto. de Informática |
| Desarrollo de la Imagen y Comunicación | Mala imagen institucional debido a algunos señalamientos negativos en los medios de comunicación y redes sociales y/o por falta de compromiso del usuario interno para desarrollar la imagen institucional y/o por mal uso de las redes sociales. | 1 | 3 | 3 | Dar seguimiento al Proceso de Verificación de Señalamientos y Respuesta a los Medios de Comunicación y Redes Sociales. | Subdirector |
| | | | | | Desarrollo de medio digital de comunicación directa con los usuarios. | Director |
| | | | | | Implementación, seguimiento y evaluación de resultados del medio digital de comunicación directa con los usuarios. | Director |
| Emergencias y Desastres | Fallas en la atención debido a catástrofes por la vulnerabilidad medioambiental o por epidemias o por fallas en el suministro eléctrico y/o por temor y desinterés que afecta el compromiso y disposición del personal. | 2 | 3 | 6 | Continuar al Plan de Emergencia Institucional. | Jefe UOC |
| | | | | | Actualizar y/o elaborar Plan Contingencial específico por Epidemia, cuando sea requerido. | Director |
| Seguimiento y Evaluación | Recurrencia en las fallas debido a falta de monitoreo y seguimiento del Proceso de Auditoría de morbimortalidad. | 1 | 3 | 3 | Remitir los informes de Auditorías de Morbimortalidad a la Dirección y a los Jefes de División involucrados. | Comité de Mortalidad |

VI. Objetivos y Resultados Esperados del Plan Anual Operativo Institucional 2023

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 planeación institucional para el logro de la misión institucional, con transparencia, eficiencia y efectividad.

Objetivos Específicos:

1. Contribuir a la disminución de la mortalidad infantil, mejorando el desempeño hospitalario
2. Impulsar un modelo de gestión que permitan mejorar la gestión asistencial institucional, considerando el enfoque de derecho de los pacientes y sus familias y en búsqueda de obtener efectos positivos en el curso de vida de pacientes atendidos.
3. Mejorar la capacidad de respuesta con calidad y oportunidad a través de la modernización y automatización de procesos y fortalecimiento de la plataforma documental del Hospital.
4. Fortalecer el proceso de mejora Continua de la gestión administrativa y de la Calidad
5. Fortalecer el desarrollo de la gestión del Recurso Humano.
6. Fomentar el cuidado y protección del medio ambiente y la Seguridad y Salud Ambiental

Resultados esperados

1. Mejorar la Coordinación y funcionamiento del Hospital para contribuir a la reducción de la morbimortalidad prematura e infantil con el apoyo recíproco de la RIISS
2. Mantener la capacidad de respuesta ante las necesidades requerida por el Sistema de Salud
3. Implementar el Programa de Seguridad del Paciente en áreas asistenciales
4. Impulsar el fomento y desarrollo de la Gestión de Calidad Institucional con enfoque en procesos
5. Fomentar el cuidado y protección del medio ambiente realizando acciones que permitan el manejo adecuado de los Desechos sólidos comunes y bio-infecciosos así como la prevención y mitigación de riesgos institucionales
6. Actualizar y divulgar la Documentos Normativos y de Funcionamiento Institucional
7. Desarrollar la Gestión de Recursos Humanos potenciando su capacidad y fomentar el Desarrollo de la Carrera Sanitaria
8. Fomentar la Investigación en Salud en función de la Política establecida y de acuerdo a las necesidades identificadas en el Hospital
9. Lograr que al menos el 50% de las dependencias del Hospital cuenten y aprovechen las herramientas informáticas oficialmente aprobadas.
10. Implementar el Plan de Emergencias institucional que de respuesta ante situaciones de emergencias sanitarias, pandemias y desastres

VII. Programación de Actividades de Gestión 2023

| Objetivos / actividades | Indicadores | Meta Anual | Responsable | Trimestre 1 | | | Trimestre 2 | | | Trimestre 3 | | | Trimestre 4 | | | Supuestos Externos |
|---|--|------------|--|-------------|------|---|-------------|------|---|-------------|------|---|-------------|------|---|--|
| | | | | Prog | Real | % | |
| Objetivo: Contribuir a la disminución de la mortalidad infantil, mejorando el desempeño hospitalario | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Realizar el 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) | % de Auditorias de egresos de pacientes fallecidos | 80% | Jefes de Servicio de Hospitalización | 80% | | | 80% | | | 80% | | | 80% | | | Por ser Hospital los Servicios por norma realizan las auditoría y se cuenta con la información para evaluar la actividad |
| Mejorar el porcentaje de la adherencia del lavado de manos | % de adherencia de lavado de manos | 80% | División de Enfermería a través de los Comités locales de IASS | 80% | | | 80% | | | 80% | | | 80% | | | Funcionamiento efectivo de las Comités locales de IASS |
| Realizar el Monitoreo del Plan de atención integral de pacientes con patologías Crónicas No Transmisibles (Diabetes, Enfermedad Renal, Epilepsia, Cáncer, Obesidad y Hemofilia) | Informe de Monitoreo de Resultados del Plan | 3 | División Medica | N/P | | | 1 | | | 1 | | | 1 | | | Falta de oportunidad de la Información para evaluar el Plan |
| Continuar con el Programa Trasplante Renal | Nº de Trasplantes realizados | 4 | Depto. de Nefrología | 1 | | | 1 | | | 1 | | | 1 | | | Contar con los recursos y apoyos necesarios |
| Lograr el cumplimiento de Metas de producción de las especialidades de Consulta Externa | % de cumplimiento de la Meta | 100% | Jefes de Depto. de Consulta Externa Médica y Quirúrgica | 100% | | | 100% | | | 100% | | | 100% | | | La disminución de ausencias de pacientes y personal |
| Lograr el cumplimiento de la meta de producción de los servicios de Hospitalización | % de cumplimiento de la Meta | 100% | Jefes de Departamento de los Servicios de Hospitalización | 100% | | | 100% | | | 100% | | | 100% | | | Se mantiene la demanda de atención conforme a la capacidad resolutive y nivel de atención del |

| Objetivos / actividades | Indicadores | Meta Anual | Responsable | Trimestre 1 | | | Trimestre 2 | | | Trimestre 3 | | | Trimestre 4 | | | Supuestos Externos |
|---|---|------------|---|-------------|------|---|-------------|------|---|-------------|------|---|-------------|------|---|--|
| | | | | Prog | Real | % | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | Hospital |
| Realizar el monitoreo del abastecimiento de Medicamentos | % de Abastecimiento | 95% | Jefe de Depto. de Suministros y Abastecimiento | 95% | | | 95% | | | 95% | | | 95% | | | Se cuenta con el apoyo de la Dirección |
| Monitoreo del Plan de Optimización del uso de antibióticos | % de Cumplimiento de los Indicadores del Plan | 80% | División Médica a través del Equipo PROA | 80% | | | 80% | | | 80% | | | 80% | | | Disposición del Equipo y compromiso e involucramiento del personal |
| Evaluar el resultado del Índice de usos de Servicios de Laboratorio, Banco de Sangre e Imágenes Médicas para los servicios de Hospitalización | Informe de Resultados del Índice de uso | 4 | Jefe de División de Diagnóstico | 1 | | | 1 | | | 1 | | | 1 | | | Se cuenta con la información oportuna |
| Evaluar el resultado del índice de uso de los servicios de Alimentación, Fórmulas, Lavandería, transporte para los servicios de Hospitalización | Presentación de Resultados del Índice de uso | 4 | Jefe de División Administrativa | 1 | | | 1 | | | 1 | | | 1 | | | Se cuenta con la información oportuna |
| Monitoreo y Evaluación del resultado de los Indicadores de Gestión Hospitalaria | Informes de Resultados | 12 | Unidad de Planificación con el apoyo de UEEIS y responsables de los Indicadores | 4 | | | 4 | | | 4 | | | 4 | | | Que se cuente con información oportuna y apoyo y Participación Activa de las Jefaturas |
| | Informe de Análisis y planes o acciones de Mejora | 4 | Jefes de División Médica y Quirúrgica, con el apoyo de Unidad de Planificación | 1 | | | 1 | | | 1 | | | 1 | | | Que se cuenta con la información oportuna |
| Monitoreo y Evaluación de los Estándares de Calidad | Informes de Resultados | 12 | Unidad de Calidad con el apoyo dependencias involucradas | 4 | | | 4 | | | 4 | | | 4 | | | Que se cuente con información oportuna y apoyo y Participación Activa de las |

| Objetivos / actividades | Indicadores | Meta Anual | Responsable | Trimestre 1 | | | Trimestre 2 | | | Trimestre 3 | | | Trimestre 4 | | | Supuestos Externos |
|---|---|------------|--|-------------|------|---|-------------|------|---|-------------|------|---|-------------|------|---|---|
| | | | | Prog | Real | % | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | Jefaturas de las dependencias involucradas |
| | Informe de Análisis y planes o acciones de Mejora | 4 | Jefes de División con el apoyo de UOC | 1 | | | 1 | | | 1 | | | 1 | | | Que se cuenta con la información oportuna |
| Objetivo: Impulsar un modelo de gestión que permitan mejorar la gestión asistencial institucional, considerando el enfoque de derecho de los pacientes y sus familias y en búsqueda de obtener efectos positivos en el curso de vida de pacientes atendidos. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Elaborar el proyecto de fortalecimiento de la Ampliación de la Oferta de Servicios para la atención de adolescente que responda a la demanda de la población | Proyecto Elaborado | 12 | C.E.G. | | | | 1 | | | | | | | | | |
| Mejorar el Tiempos de Espera para la Consulta Médico-Quirúrgicos de Primera Vez, en función del estándar institucional | Tiempo de Espera en Días menor o igual a 30 días | 30 | Jefes de División Médica y Quirúrgica | 30 | | | 30 | | | 30 | | | 30 | | | Se cuenta con las especialistas necesarias para cubrir la demanda de atención |
| Mejorar los Tiempos de Espera para la Programación de Cirugía Electiva (T.E:=Desde la fecha de programación hasta la fecha de realización) | Tiempo de Espera en Días menor o igual a 60 días | 60 | Jefe de División Quirúrgica | 60 | | | 60 | | | 60 | | | 60 | | | Se cuenta con las especialistas necesarias para cubrir la demanda de atención |
| Mejorar el Tiempo de Espera para el Ingreso Hospitalario | Tiempo Promedio de Espera menor o igual 5 horas | 5 | Jefe de Emergencia con el apoyo de Jefe de División Médica | 5 | | | 5 | | | 5 | | | 5 | | | Disponibilidad de Camas |
| Establecer e implementar el Programa de Seguridad del Paciente en los Servicios Asistenciales | Programa Elaborado y aprobado | 1 | Jefe de División Quirúrgica | 1 | | | | | | | | | | | | Se cuenta con el apoyo de la Dirección |
| | % de personal Médico y | 80% | Jefe de División Quirúrgica | | | | 40% | | | 40% | | | | | | Disposición del Equipo y |

| Objetivos / actividades | Indicadores | Meta Anual | Responsable | Trimestre 1 | | | Trimestre 2 | | | Trimestre 3 | | | Trimestre 4 | | | Supuestos Externos |
|--|--|------------|---|-------------|------|---|-------------|------|---|-------------|------|---|-------------|------|---|---|
| | | | | Prog | Real | % | |
| | Enfermería participante en el proceso de socialización | | | | | | | | | | | | | | | compromiso e involucramiento del personal |
| | % de cumplimiento de los indicadores propuestos para el programa | 85% | Jefaturas de los Servicios Asistenciales | | | | | | | | | | 85% | | | Disposición del Equipo de asignado y participación activa del usuario externo |
| Realizar un estudio que permita en base a la estadística y análisis epidemiológico establecer la necesidad real de camas en el periodo estacional | Estudios presentado | 1 | Jefatura de Epidemiología | | | 1 | | | | | | | | | | Demanda de actividades emergentes |
| Evaluar la Satisfacción de Atención del usuario externo en Emergencia, Consulta Externa y Hospitalización | Informes con los Resultados de la Evaluación | 4 | Unidad Organizativa de la Calidad, con el apoyo de Divisiones | 1 | | | 1 | | | 1 | | | 1 | | | Disposición del Equipo y compromiso e involucramiento del personal |
| Realizar el Monitoreo del Programa para la atención integral de personas afectadas por violencia en todas sus formas. | % de Cumplimiento de los indicadores definidos en el Plan | 85% | Depto. de Pediatría Social | 85% | | | 85% | | | 85% | | | 85% | | | Demanda de actividades emergentes |
| Objetivo: Mejorar la capacidad de respuesta con calidad y oportunidad a través de la modernización y automatización de procesos y fortalecimiento de la plataforma documental del Hospital. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Elaborar Metodología para realizar el Presupuesto en base a necesidades reales que incluya necesidades para inversión, renovación sustitución de equipo y mejora de la infraestructura | Conformación del Equipo o Comisión de Trabajo | 1 | Dirección | 1 | | | | | | | | | | | | Sobre carga laboral |
| | Documento con Metodología Elaborada | 1 | Equipo o Comisión | 1 | | | | | | | | | | | | Sobre carga laboral |

| Objetivos / actividades | Indicadores | Meta Anual | Responsable | Trimestre 1 | | | Trimestre 2 | | | Trimestre 3 | | | Trimestre 4 | | | Supuestos Externos |
|---|--|------------|---|-------------|------|---|-------------|------|---|-------------|------|---|-------------|------|---|---------------------|
| | | | | Prog | Real | % | |
| | Resolución de aprobación de la Metodología | 1 | Dirección | 1 | | | | | | | | | | | | Sobre carga laboral |
| | Presupuesto Elaborado | 1 | Equipo o comisión con el apoyo de todas las jefaturas | | | | 1 | | | | | | | | | Sobre carga laboral |
| Realizar la Revisión del Proceso de Capacitación y establecer la Norma para su funcionamiento | Conformación del Equipo o Comisión de Trabajo | 1 | Dirección | 1 | | | | | | | | | | | | Sobre carga laboral |
| | Informe de Resultados | 1 | Equipo o Comisión | 1 | | | 1 | | | | | | | | | Sobre carga laboral |
| | Normativa Elaborada y aprobada | 1 | Equipo o Comisión y Dirección | | | | | | 1 | | | | | | | Sobre carga laboral |
| Implementar la Gestión por Proceso de acuerdo al lineamiento ministerial | % de Dependencia que cuentan con el Inventario de Procesos | 60% | UOC | 1 | | | | | | | | | | | | Sobre carga laboral |
| | % de Dependencias asistenciales en donde se ha socializado los Manuales de Procesos estandarizados y oficializadas por el MINSAL | 100% | UOC con el apoyo de la Unidad de Planificación y Capacitación | 1 | | | 1 | | | | | | | | | Sobre carga laboral |

| Objetivos / actividades | Indicadores | Meta Anual | Responsable | Trimestre 1 | | | Trimestre 2 | | | Trimestre 3 | | | Trimestre 4 | | | Supuestos Externos |
|---|--|------------|---|-------------|------|---|-------------|------|---|-------------|------|---|-------------|------|---|---------------------|
| | | | | Prog | Real | % | |
| | % de Personal asistenciales que ha participado del Proceso de socialización de los Manuales de Procesos estandarizados y oficializados por el MINSAL | 80% | UOC con el apoyo de la Unidad de Planificación y Capacitación | 1 | | | 1 | | | | | | | | | Sobre carga laboral |
| Integración de los Equipos de Trabajo Responsables del Seguimiento de la Implementación de Procesos de acuerdo al lineamiento Ministerial | Documento elaborado | 1 | UOC con el apoyo de la Unidad de Planificación | 1 | | | | | | | | | | | | Sobre carga laboral |
| | Documento aprobado | 1 | Dirección | 1 | | | | | | | | | | | | Sobre carga laboral |
| Seguimiento y Evaluación de la implementación de los Manuales de Procesos estandarizados por el Ministerio de Salud | N° de Auditorías realizadas para evaluar la implementación del Manual de Proceso de Hospitalización estandarizado por el MINSAL | 2 | UOC y Equipo de Designado | | | | 1 | | | 1 | | | | | | Sobre carga laboral |
| | % de dependencias de Hospitalización que realizan sus funciones de acuerdo al Manual de Proceso estandarizados por el MINSAL | 40% | UOC y Equipo Designado | | | | 20% | | | 20% | | | | | | Sobre carga laboral |

| Objetivos / actividades | Indicadores | Meta Anual | Responsable | Trimestre 1 | | | Trimestre 2 | | | Trimestre 3 | | | Trimestre 4 | | | Supuestos Externos |
|---|---|------------|--|-------------|------|---|-------------|------|---|-------------|------|---|-------------|------|---|--|
| | | | | Prog | Real | % | |
| | N° de Auditorías realizadas para evaluar la implementación del Manual de Proceso de Emergencia estandarizado por el MINSAL | 1 | UOC y Equipo Designado | | | | | | | 1 | | | | | | Sobre carga laboral |
| | N° de Auditorías realizadas para evaluar la implementación del Proceso y Procedimientos Quirúrgicos estandarizado por el MINSAL | 1 | UOC y Equipo Designado | | | | | | | 1 | | | | | | Sobre carga laboral |
| Actualización de los Manuales de Organización | % de Dependencias con Manuales de Organización Actualizado | 80% | Unidad de Planificación | | | | | | | | | | | | | Disposición y apoyo de las Jefaturas |
| Fomentar el aprovechamiento y uso de las TIC | % de Proyectos impulsados en relación a las solicitudes y/o necesidades identificadas | 30% | Depto. de Informática | | | | | | | | | | 30% | | | Disposición de recursos y apoyo de las Jefaturas |
| Monitoreo del Proceso de Generación Oportuna de información estadística en los Sistemas Oficiales | % de Dependencias que Cumplen oportunamente con la Información | 100% | Unidad de EEIS a través de Estadística | 100% | | | 100% | | | 100% | | | 100% | | | Disposición y apoyo de las Jefaturas |

| Objetivos / actividades | Indicadores | Meta Anual | Responsable | Trimestre 1 | | | Trimestre 2 | | | Trimestre 3 | | | Trimestre 4 | | | Supuestos Externos |
|--|--|------------|---|-------------|------|---|-------------|------|---|-------------|------|---|-------------|------|---|---|
| | | | | Prog | Real | % | |
| Objetivo: Fortalecer el proceso de mejora Continua de la gestión administrativa y de la Calidad | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Evaluar el funcionamiento de la Sala Situacional | Documento de Programación 2023 aprobada | 1 | Unidad de EEIS y Dirección | 1 | | | | | | | | | | | | Disposición y apoyo |
| | % de cumplimiento de la Programación anual de Sala Situacional | 100% | Unidad de EEIS Y Jefaturas designadas de acuerdo a la Programación | 100% | | | 100% | | | | | | 100% | | | Que se cuenta con la participación activa de las autoridades, responsables de la sala e invitados |
| | % de cumplimiento de acuerdos establecidos en las Sala Situacional | 100% | Designadas en los acuerdo y UEEIF | 100% | | | 100% | | | | | | 100% | | | El personal es responsable con los compromisos adquiridos |
| | Documento de Programación 2024 aprobada | 1 | Unidad de EEIS y Dirección | | | | | | | | | | 1 | | | Disposición y apoyo |
| Realizar la Valoración de Riesgo Institucional 2024 | Documento Aprobado y divulgado | 1 | Consejo Estratégico de Gestión con el apoyo Técnico de la Unidad de Planificación | | | | | | | | | 1 | | | | Involucramiento activo de los involucrados en el proceso |
| Monitoreo y Evaluación de la Gestión de Riesgo Institucional | Informe de actividades de Control realizadas | 2 | Jefaturas y Auditoría Interna | 1 | | | | | | | | | 1 | | | Participación Activa de los responsables de las actividades de control definidas |
| Formulación del POAI 2024 | Documento de Planificación y Calendarización del Proceso | 1 | Unidad de Planificación | | | | | | | | | 1 | | | | Sobre carga laboral |

| Objetivos / actividades | Indicadores | Meta Anual | Responsable | Trimestre 1 | | | Trimestre 2 | | | Trimestre 3 | | | Trimestre 4 | | | Supuestos Externos |
|--|---|------------|---|-------------|------|---|-------------|------|---|-------------|------|---|-------------|------|---|---|
| | | | | Prog | Real | % | |
| | de Elaboración | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Documento Aprobado y divulgado | 1 | Consejo Estratégico de Gestión con el apoyo Técnico de la Unidad de Planificación | | | | | | | | 1 | | | 1 | | Participación Activa y oportuna de involucrados en el Proceso |
| Monitoreo y Evaluación del POAI (último trimestre 2022 y del uno al tercer trimestre 2023) | % de Cumplimiento de las Actividades de Gestión | 85% | Consejo Estratégico de Gestión con el apoyo Técnico de la Unidad de Planificación | 1 | | | 1 | | | 1 | | | 1 | | | Participación Activa y oportuna de involucrados en el Proceso |
| Evaluación de la Carta Iberoamericana de la Calidad | % de Cumplimiento de la Carta Iberoamérica | 55% | UOC con el apoyo del Consejo Estratégico de Gestión | | | | 1 | | | | | | | | | Participación Activa y oportuna de involucrados en el Proceso |
| Monitoreo y Evaluación de los Resultados del PERC | % de Instrumentos de recolección de información ingresos mensualmente Sistema | 100% | Recursos Humanos, Estadística, División Administrativa, Unidad Financiera y Planificación | 100% | | | 100% | | | 100% | | | 100% | | | Participación Activa y oportuna de involucrados en el Proceso |
| | N° de Evaluaciones | 2 | C.E.G. con el apoyo de la Comisión de Costos institucional | | | | 1 | | | | | | 1 | | | Involucramiento activo de las autoridades |
| Fomentar la Investigación en Salud en función de la Política establecida y de acuerdo a las necesidades identificadas en el Hospital | N° investigaciones realizadas | 10 | Unidad de Investigación | | | | | | | | | | 10 | | | Participación Activa y oportuna de involucrados en el Proceso |

| Objetivos / actividades | Indicadores | Meta Anual | Responsable | Trimestre 1 | | | Trimestre 2 | | | Trimestre 3 | | | Trimestre 4 | | | Supuestos Externos |
|--|--|------------|---|-------------|------|---|-------------|------|---|-------------|------|---|-------------|------|---|---|
| | | | | Prog | Real | % | |
| Actualizar y cumplir con el Plan de Supervisión Institucional | Documento 2023 actualizado y aprobado | 1 | Equipo de Supervisión y Dirección | 1 | | | | | | | | | | | | Participación Activa y oportuna de involucrados en el Proceso |
| | % de Cumplimiento de Plan 2023 | 100% | Equipo de Supervisión | 100% | | | 100% | | | 100% | | | 100% | | | Participación Activa y oportuna de involucrados en el Proceso |
| | Documento 2024 actualizado y aprobado | 1 | Equipo de Supervisión | | | | | | | | | | 1 | | | Participación Activa y oportuna de involucrados en el Proceso |
| Objetivo: Fortalecer el desarrollo de la gestión del Recurso Humano. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Elaboración y monitoreo del Plan de Capacitación Institucional | Documento 2023 aprobado | 1 | Departamento de Capacitación y Dirección | 1 | | | | | | | | | | | | Participación Activa y oportuna de involucrados en el Proceso |
| | % de Cumplimiento de Plan 2023 | 100% | Departamento de Capacitación | 100% | | | 100% | | | 100% | | | 100% | | | Participación Activa y oportuna de involucrados en el Proceso |
| | Documento 2024 aprobado | 1 | Departamento de Capacitación y Dirección | | | | | | | | | | 1 | | | Participación Activa y oportuna de involucrados en el Proceso |
| Gestionar la realización del Proceso de Mecanización y Actualización del Expediente Laboral | Gestión efectiva | 1 | Departamento de RRHH con el apoyo de la Dirección | | | | | | | 1 | | | | | | Sobre carga laboral |
| Realizar gestiones para la realización del estudios de Clima Laboral con consultoría externa | Gestión efectiva | 1 | Dirección | | | | 1 | | | | | | | | | Sobre carga laboral |
| Divulgación de la Normativa para el Proceso de Capacitación y Desarrollo del Hospital | % de dependencias a quienes se socializo | 100% | Departamento de Capacitación en coordinación con Jefatura de RRHH | | | | | | | | | | 1 | | | Sobre carga laboral |

| Objetivos / actividades | Indicadores | Meta Anual | Responsable | Trimestre 1 | | | Trimestre 2 | | | Trimestre 3 | | | Trimestre 4 | | | Supuestos Externos |
|---|---|------------|---------------------------------------|-------------|------|---|-------------|------|---|-------------|------|---|-------------|------|---|-------------------------------------|
| | | | | Prog | Real | % | |
| Objetivo: Fomentar el cuidado y protección del medio ambiente y la Seguridad y Salud Ambiental | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Realizar la vigilancia, monitoreo y control del manejo de los desechos bio-infecciosos y comunes. Plan de Reciclaje y la Calidad del Agua | Informe Mensual de Resultados de la Vigilancia de Desechos Bioinfecciosos | 12 | Inspector de Saneamiento | 4 | | | 4 | | | 4 | | | 4 | | | Sobre carga laboral |
| | Informe Mensual de Monitoreo del Plan de Reciclaje | 12 | Inspector de Saneamiento | 4 | | | 4 | | | 4 | | | 4 | | | Sobre carga laboral |
| | Informe de Monitoreo de la Calidad del Agua | 12 | Inspector de Saneamiento | 4 | | | 4 | | | 4 | | | 4 | | | Sobre carga laboral |
| Monitoreo y Evaluación de la Seguridad Ocupacional | Informe de Resultados | 4 | UOC a través del Comité de Seguridad | 1 | | | 1 | | | 1 | | | 1 | | | Sobre carga laboral |
| Realización de Simulacro de Emergencia | Informe de Resultado del Simulacro realizado | 2 | UOC a través del Comité de Emergencia | | | | 1 | | | | | | 1 | | | Involucramiento activo del personal |

VIII. Programación de Actividades Asistenciales 2023

Después de revisar los resultados de la gestión 2017-2021 y realizar los análisis de los aspectos relevantes de la gestión del Hospital, se define la programación de actividades asistenciales, las cuales están clasificadas en de acuerdo al detalle siguiente:

- Metas de Servicios Finales
 - Consulta Externa Médica,
 - Consulta de Emergencia
 - Egresos Hospitalarios
 - Cirugía Mayor
 - Medicina Crítica,

- Servicio Intermedios
 - Diagnósticos
 - Tratamiento y Rehabilitación

- Servicios Generales.

En el siguiente cuadro se detalla las metas 2023 ingresadas y generadas de SPME, de la cuales se realizará el monitoreo mensual, a fin de verificar y evaluar el cumplimiento.

| METAS DE PRODUCCIÓN 2023 | |
|--|-----------------------------|
| Servicios Finales | Meta Programada 2023 |
| Consulta Externa Médica | |
| Especialidades | |
| Especialidades Básicas | |
| Cirugía General | 6,528 |
| Pediatría General | 17,952 |
| Ginecología | 3,672 |
| Psiquiatría | 3,264 |
| Sub especialidades | |
| Sub Especialidades de Medicina Interna | |
| Alergología / Inmunología | 5,712 |
| Cardiología | 7,834 |
| Dermatología | 4,896 |
| Endocrinología | 7,854 |
| Hematología | 6,528 |
| Infectología | 1,632 |
| Nefrología | 4,488 |
| Neumología | 4,325 |
| Neurología | 8,568 |
| Sub Especialidades de Cirugía | |
| Anestesiología / Algodología | 612 |

| METAS DE PRODUCCIÓN 2023 | |
|---|--------|
| Urología | 4,243 |
| Sub Especialidades de Pediatría | |
| CENID | 3,264 |
| Cirugía Cardiovascular | 286 |
| Cirugía Maxilofacial | 979 |
| Cirugía Oncológica | 326 |
| Cirugía Plástica | 4,080 |
| Fisiatría | 1,761 |
| Gastroenterología | 5,222 |
| Neurocirugía | 3,754 |
| Nutriología | 1,633 |
| Oftalmología | 6,854 |
| Oncología | 7,507 |
| Ortopedia | 10,445 |
| Otorrinolaringología | 7,507 |
| Reumatología | 2,448 |
| Emergencias | |
| De Cirugía | |
| Cirugía General | 11,761 |
| De Pediatría | |
| Pediatría Gral. | 9,982 |
| Otras Atenciones Consulta Externa Médica | |
| Bienestar Magisterial / Servicios por Contrato | 4,046 |
| Clínica de Ulceras | 4,000 |
| Nutrición | 979 |
| Psicología | 8,976 |
| Consulta Externa Odontológica | |
| Odontológica de primera vez | 6,125 |
| Odontológica subsecuente | 6,125 |
| Egresos Hospitalarios | |
| Sub Especialidades | |
| Sub Especialidades de Cirugía | |
| Ortopedia / Traumatología | 848 |
| Sub Especialidades de Pediatría | |
| Cirugía Pediátrica | 1,995 |
| Cirugía Reconstructiva Pediátrica | 762 |
| Hematología Pediátrica | 713 |
| Infectología Pediátrica | 1,235 |
| Medicina Interna Pediátrica | 703 |
| Nefrología Pediátrica | 245 |

| METAS DE PRODUCCIÓN 2023 | |
|--|--------|
| Neonatología | 398 |
| Neurocirugía Pediátrica | 1,263 |
| Oftalmología Pediátrica | 325 |
| Oncología Pediátrica | 1,386 |
| Otorrinolaringología Pediátrica | 550 |
| Otros Egresos | |
| Servicios por Contrato | 776 |
| Cirugía Mayor | |
| Electivas para Hospitalización | 3,886 |
| Electivas Ambulatorias | 1,666 |
| De Emergencia para Hospitalización | 3,088 |
| De Emergencia Ambulatoria | 140 |
| Medicina Crítica | |
| Unidad de Emergencia | |
| Admisiones | 14,564 |
| Transferencias | 6,375 |
| Unidad de Máxima Urgencia | |
| Admisiones | 582 |
| Transferencias | 995 |
| Unidad de Cuidados Intensivos e Intermedios | |
| Admisiones | 1,626 |
| Transferencias | 1,794 |

| Servicios Intermedios | Meta Programada 2023 |
|--|-----------------------------|
| Diagnostico | |
| Laboratorio Clínico y Banco de Sangre | |
| Hematología | |
| Consulta Externa | 62,102 |
| Hospitalización | 81,528 |
| Emergencia | 32,345 |
| Referido / Otros | 35,661 |
| Inmunología | |
| Consulta Externa | 12,494 |
| Hospitalización | 9,794 |
| Emergencia | 4,266 |
| Referido / Otros | 157,584 |
| Bacteriología | |
| Consulta Externa | 4,609 |
| Hospitalización | 33,301 |
| Emergencia | 16,661 |

| METAS DE PRODUCCIÓN 2023 | |
|--|---------|
| Referido / Otros | 115 |
| Parasitología | |
| Consulta Externa | 459 |
| Hospitalización | 2,278 |
| Emergencia | 1,468 |
| Bioquímica | |
| Consulta Externa | 72,507 |
| Hospitalización | 235,211 |
| Emergencia | 59,499 |
| Referido / Otros | 58,686 |
| Banco de Sangre | |
| Consulta Externa | 48,445 |
| Hospitalización | 80,333 |
| Emergencia | 10,592 |
| Referido / Otros | 5,685 |
| Urianálisis | |
| Consulta Externa | 7,281 |
| Hospitalización | 6,843 |
| Emergencia | 5,510 |
| Referido / Otros | 556 |
| Imagenología | |
| Radiografías | 47,850 |
| Ultrasonografías | 8,700 |
| Tomografía Axial Computarizada | 4,285 |
| Resonancias Magnéticas Nucleares | 1,171 |
| Anatomía Patológica | |
| Biopsias Otras partes del cuerpo | 2,900 |
| Otros Procedimientos Diagnósticos | |
| Ecocardiogramas | 4,500 |
| Electrocardiogramas | 3,427 |
| Electroencefalogramas | 2,754 |
| Tratamiento y Rehabilitación | |
| Cirugía Menor | 4,673 |
| Diálisis Peritoneal | 6,344 |
| Fisioterapia (Total de sesiones brindadas) | 15,960 |
| Hemodiálisis | 4,382 |
| Inhaloterapias | 36,000 |
| Receta Dispensada de Consulta Ambulatoria | 97,682 |
| Recetas Dispensadas de Hospitalización | 253,931 |
| Terapias Respiratorias | 230,031 |

| METAS DE PRODUCCIÓN 2023 | |
|---------------------------------|--------|
| Trabajo Social | |
| Casos Atendidos | 56,348 |

| | Meta Programada 2023 |
|---------------------------------|-----------------------------|
| Servicios Generales | |
| Alimentación y Dietas | |
| Hospitalización | |
| Cirugía | 5,580 |
| Pediatría | 51,856 |
| Otros (Convenios) | 3,950 |
| Lavandería | |
| Hospitalización | |
| Cirugía | 20,132 |
| Pediatría | 466,977 |
| Neonatología | 52,369 |
| Otros (Convenios) | 22,256 |
| Consulta | |
| Consulta Médica Especializada | 41,741 |
| Emergencias | |
| Emergencias | 18,966 |
| Mantenimiento Preventivo | |
| Números de Orden | 4,191 |
| Transporte | |
| Kilómetros Recorridos | 41,933 |

Fuente de Datos:

* Meta Programada 2023: Ingreso de Datos (SPME)

IX. Programación de Resultados Esperados de los Indicadores 2023

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 2023 |
|--|-----------------------------|
| Tiempo promedio de espera para consulta de medicina especializada (días) | |
| Pediatría | 60 |
| Cirugía electiva | |
| Porcentaje de Cirugías electivas canceladas | 6 |
| Porcentaje de infecciones nosocomiales | |
| Porcentaje infecciones intrahospitalarias | 4 |
| Pacientes recibidos de otras instituciones | |
| Número total de pacientes recibidos para atención de Consulta Médica Especializada | 5,578 |

| Indicadores de Gestión de Actividades Hospitalarias | Meta Programada 2023 |
|--|----------------------|
| Número total de pacientes recibidos de otras Instituciones | 5,578 |
| Pacientes referidos a otras instituciones | |
| Número total de pacientes referidos a otras Instituciones | 982 |
| Nivel de Abastecimiento de Medicamentos (%) | |
| Nivel de Abastecimiento de Medicamentos (%) | 95 |

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 RIISS, atribuibles al Hospital.

X. Posibles Obstáculos para alcanzar las Metas Esperadas

De acuerdo a lo definido en el presente documento, se espera cumplir con lo programado para lograr los objetivos propuestos, y avanzar en el proceso de mejora continua de la calidad, en la prestación de los servicios y en el proceso de calificación y certificación del nivel atención para cumplir con la misión y alcanzar la visión del Hospital.

No obstante, es importante mencionar que dado los diversos factores condicionantes identificados, también existen otras variables que pueden afectar el cumplimiento de lo programado, entre las cuales se pueden mencionar las siguientes: Situaciones emergentes suscitadas por Emergencias y desastres, Epidemias, 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.