

**MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN NACIONAL DE HOSPITALES
HOSPITAL NACIONAL DE LA MUJER
“DRA. MARÍA ISABEL RODRÍGUEZ”.**



**Evaluación
enero-septiembre
2017**

San Salvador, octubre de 2017

Dra. Adelaida de Lourdes Trejo de Estrada

Contenido

INTRODUCCION.....	5
1 RESULTADOS	6
1.1 MATERNIDAD SEGURA	6
1.2 CUIDADOS PERINATALES	21
1.3 ATENCION ONCOLOGICA	38
1.4 GESTION CLINICA MATERNO INFANTIL EN RIISS.....	42
1.5 DESEMPEÑO EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS	47

INTRODUCCION

El Ministerio de Salud Pública, en su Plan Estratégico 2015-2019 plantea la reducción de la mortalidad materna por debajo de 35 por 100,000 nacidos vivos y mantener una tasa de mortalidad infantil de 8 por 1,000 nacidos vivos.

El Hospital Nacional de la Mujer “Dra. María Isabel Rodríguez” es el hospital de obstetricia y ginecología de referencia nacional como tercer nivel de atención dentro de la Red Integral e Integrada de Servicios de Salud del Sistema Nacional de Salud del país, siendo un hospital de alta especialización profesional y complejidad funcional, pues realiza actividades asistenciales atendiendo a mujeres adolescentes, mujeres en su ciclo de vida reproductivo, adultas mayores y recién nacidos.

A la fecha, se ha avanzado en procesos operativos para valorar la calidad de la atención desde tres perspectivas: 1) **la perspectiva técnico-científica** que se refiere al contenido del saber médico y a la tecnología médica disponible para ofrecer la mejor alternativa a las mujeres y recién nacidos internados en nuestro hospital. La revisión diaria de los resultados del turno, ha constituido un ejercicio valioso para fortalecer los manejos clínicos de casos de alta complejidad y el aprendizaje del personal especializado por medio de las buenas prácticas de supervisión y monitoreo diario de la práctica asistencial centrada en la dimensión de la seguridad de las personas hospitalizadas en los diferentes servicios. 2) **La perspectiva lógica** en lo concerniente a la eficiencia con la cual se utiliza la información para la toma de decisiones coducientes a mejorar la prestación de los servicios, principalmente en lo relacionado a la disponibilidad de tecnologías (medico quirúrgicas, enfermería, apoyo diagnóstico, abastecimiento) y servicios generales (lavandería, esterilización, servicios básicos, alimentación) para la atención oportuna y eficaz de las personas, y finalmente, 3) **la perspectiva expansiva y óptima de la calidad** en cuanto a proponer distintas alternativas con los referentes profesionales médicos y auxiliares de los diferentes niveles de atención, desde el monitoreo interactivo durante los turnos vía telefónica con la red hospitalaria de referencia como durante las evaluaciones de Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIISS) que incluye al primer nivel de atención, con el fin de mejorar la prevención y los cuidados obstétricos y neonatales, incluyendo las enfermedades crónicas de mujeres adultas desde el primero y segundo nivel de atención en las comunidades de sus áreas territoriales de influencia. Para identificar la fortalezas y/o limitantes de funcionamiento y desempeño de la RIISS, se realiza el monitoreo diario de la pertinencia de las referencias desde otros niveles de atención, las indicaciones de cesárea y la mejora continua de la atención.

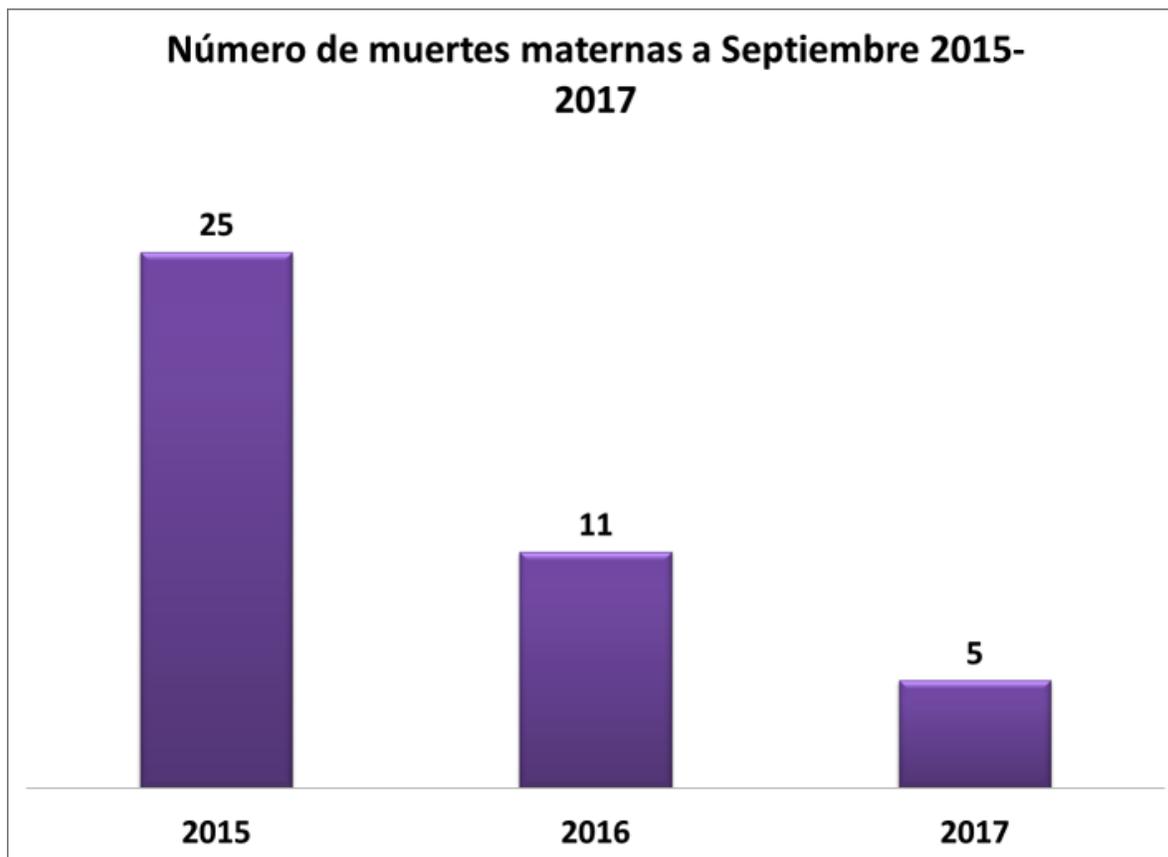
1 RESULTADOS

Durante el período de enero a septiembre de 2017 las principales causas de egreso siguen siendo principalmente el "Embarazo, parto y puerperio", "Ciertas afecciones originadas en el período perinatal" y los "Tumores (neoplasias)".¹

1.1 MATERNIDAD SEGURA

A Septiembre de 2017 se ha mantenido la reducción de la razón de mortalidad materna en 52% y la tendencia mensual mostró descensos en el No. de muertes en 7 de los 9 meses evaluados mostrando una reducción acumulada de 55% en el número de muertes maternas en relación al año 2016 (Gráfico 1).

(Gráfico 1)



¹ simmow, Lista de Morbilidad por Capítulos por grupo etáreo, enero-junio HNM, 2017.

TABLA I

MUERTES MATERNAS, ENERO A SEPTIEMBRE DE 2017, HNM						
No.	Procedencia	Edad	Causa final	Condición intermedia	Causa básica	Días de estancia
1	H. Ahuachapán	20	Hemorragia Subaracnoidea		Preeclampsia	5
2	H. Cojutepeque	23	Coagulación Intravascular Diseminada	Atonía Uterina	Hemorragia post parto inmediata	1
3	Demanda espontánea	26	Choque hemorrágico	Obesidad, hematoma	Sepsis Puerperal	3
4	H. Zacatecoluca	17	Septicemia	Embarazo gemelar	Infección de vías urinarias	1
5	H. Rosales	23	Hemorragia intracraneana		Septicemia	24

CUIDADOS CRITICOS EN LA MUJER

La maternidad segura reflejada en la sustentabilidad de la tendencia decreciente de la mortalidad materna, es un resultado de la eficacia en el manejo de las complicaciones que se hace en las unidades de cuidados críticos, y la reorientación multidisciplinaria de la política hospitalaria de ampliar la cobertura combinada de uciólogos y especialistas en obstetricia crítica las 24 horas los 365 días del año.

A septiembre de 2017, de 10,562 egresos se tuvo un total de 295 ingresos a cuidados críticos (2.8%); de estas, 71 mujeres fueron ingresadas a la Unidad de Cuidados Intensivos (35%) y 139 a Unidad de Cuidados Especiales (65%) (TABLA II).

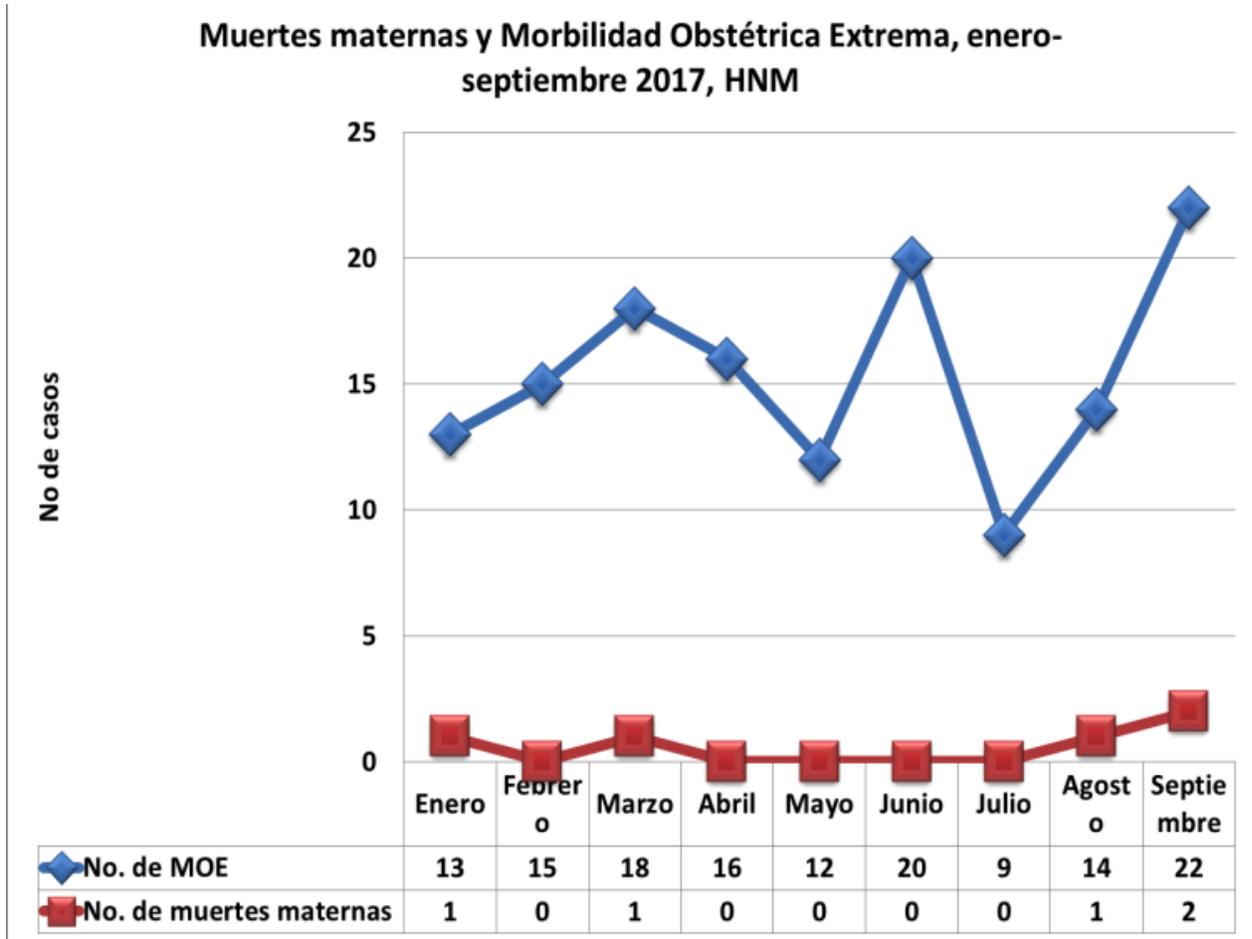
TABLA II

PERSONAS ATENDIDAS EN CUIDADOS CRITICOS		
	No.	%
UCIA	104	35%
UCE	191	65%
TOTAL	295	100%

MORBILIDAD OBSTETRICA EXTREMA COMO PRINCIPAL CAUSA DE CUIDADOS CRITICOS.

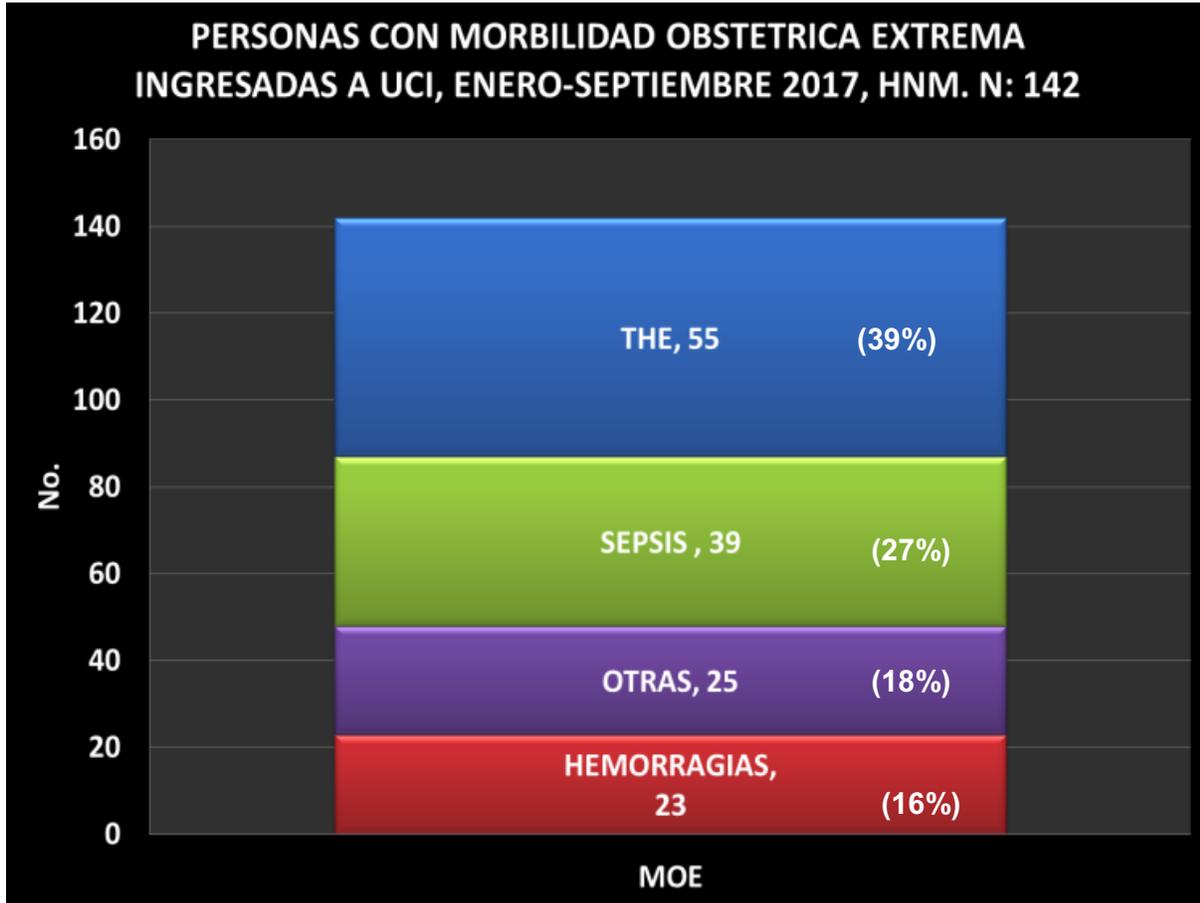
La demanda espontánea y la referencia pertinente de mujeres con cuadros graves de morbilidad obstétrica, presentaron una tendencia ascendente durante los 9 meses del año, no obstante se logró resolver una demanda asistencial de muchos casos de alta letalidad ginecoobstétrica y evitar muertes maternas lográndose mantener en "0" casos durante 5 de los 9 meses. (GRAFICO 3)

GRAFICO 2



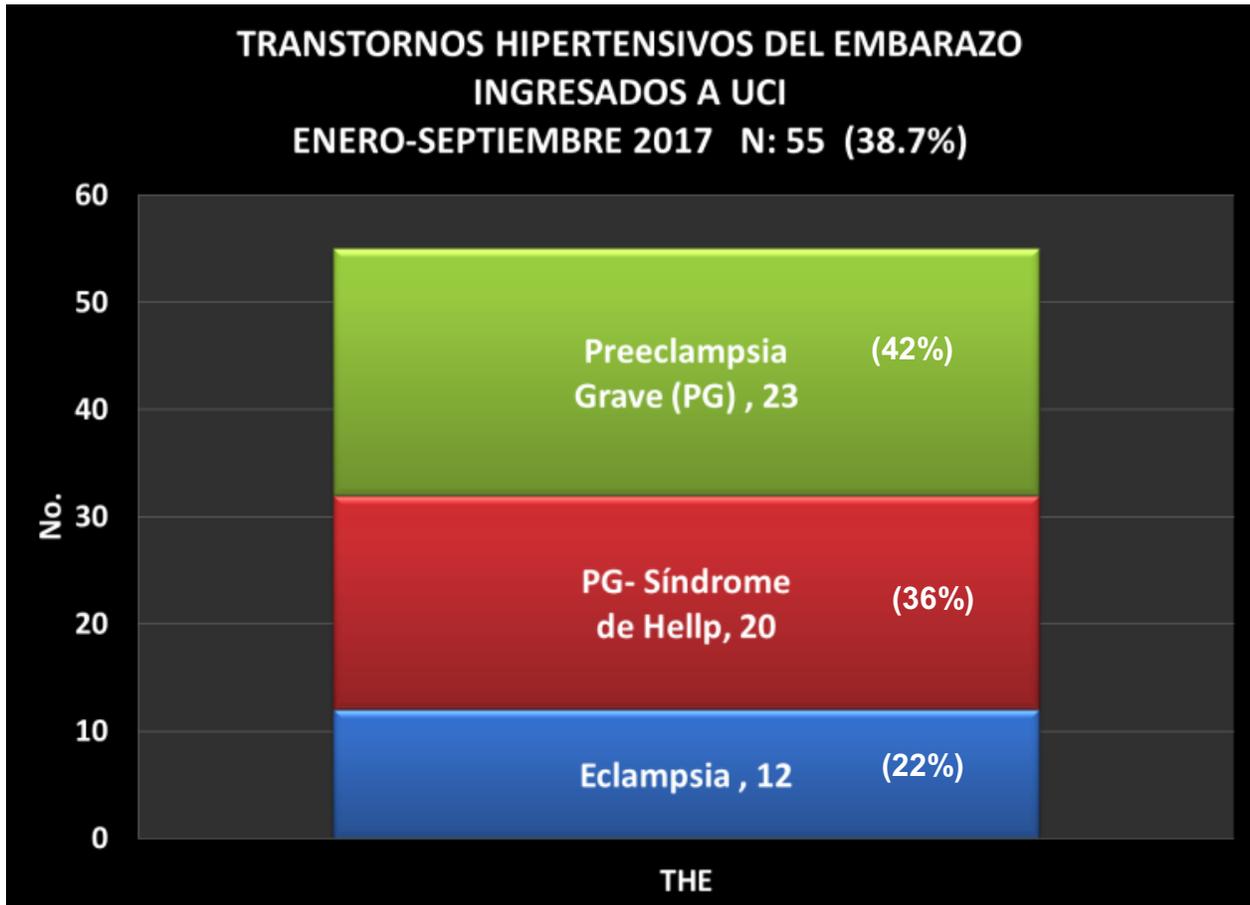
Al correlacionar las causas de MOE con las causas de mortalidad materna, se puede observar que no obstante los trastornos hipertensivos del embarazo constituyen la mayor proporción en la estructura de demanda de servicios críticos (55, 39%) solo ocurrió una muerte materna por esta causa, dando un índice de letalidad de 1/55 (1.8%).

GRAFICO 3



Al desagregar los 55 casos de trastornos hipertensivos del embarazo el 78% fueron casos de Preeclampsia Grave (42%) en su mayoría y otras con Síndrome de Hellp concomitante (36%) , el 22% fueron casos de Eclampsia (GRAFICO 4)

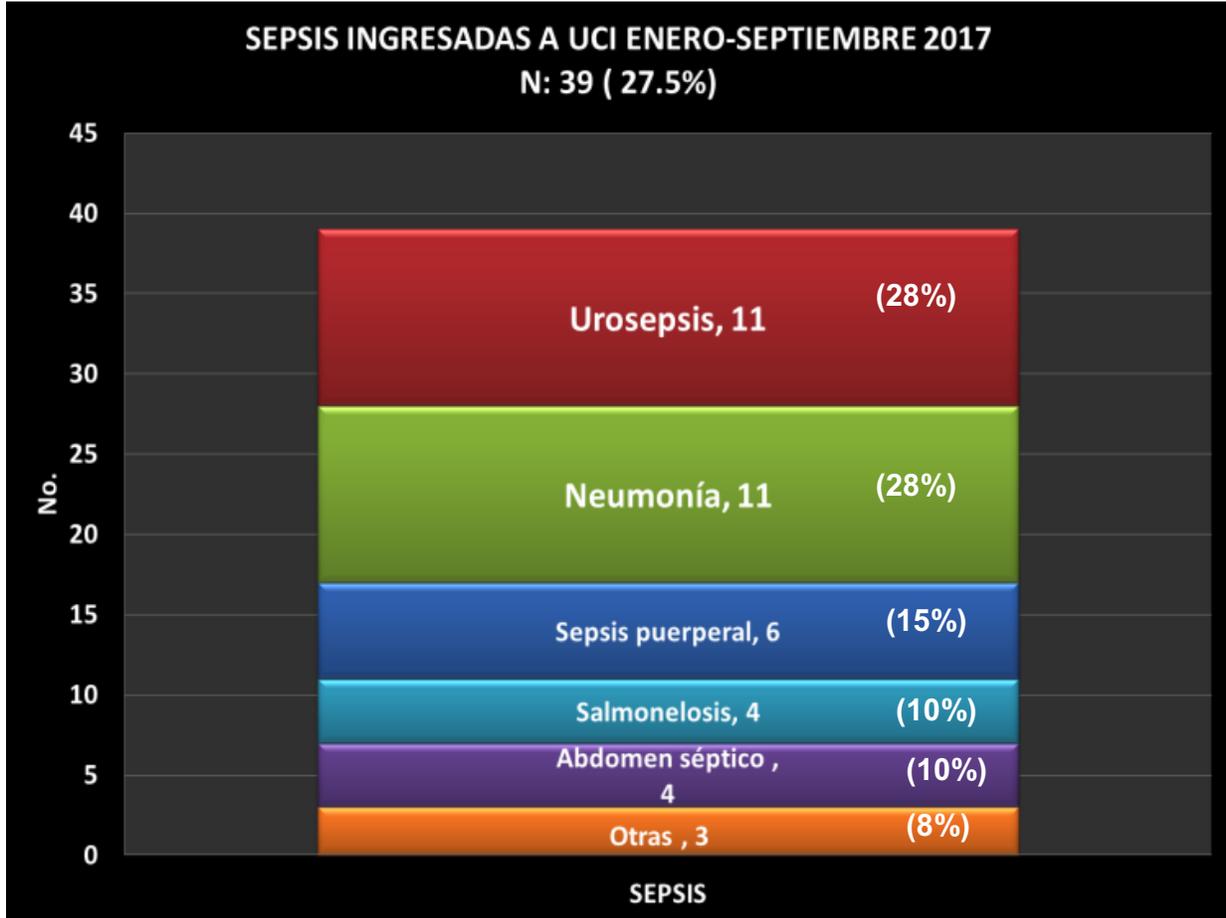
GRAFICO 4



La sepsis como segunda causa de MOE con 39 casos (27%) y correlacionada con 3 muertes maternas representa una letalidad de 7.79%.

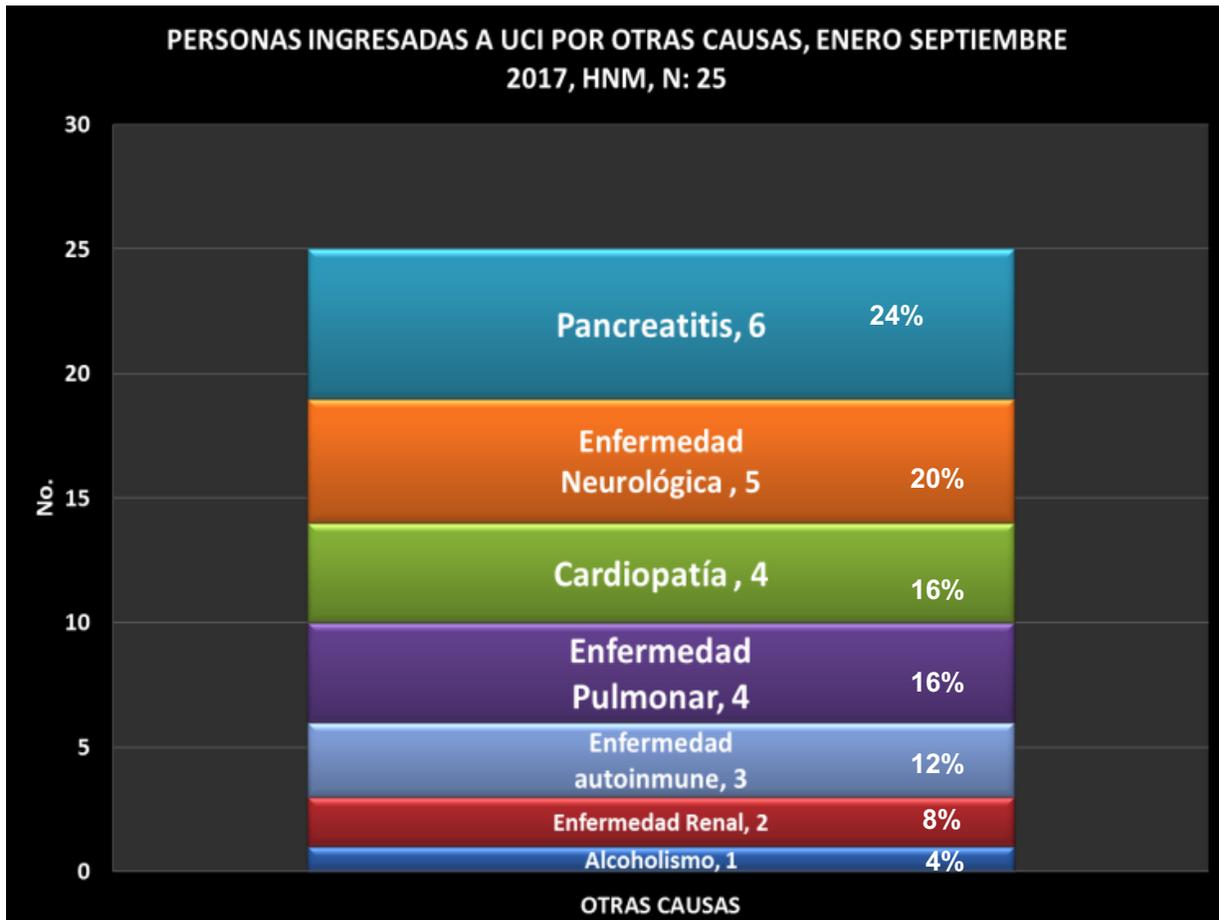
De los 39 casos, en orden descendente, destacan la urosepsis (28%) neumonía (28%), sepsis puerperal (15%) salmonelosis (10%), abdomen séptico (10%) y otras (8%) dentro de las cuales se incluyen casos de mielomeningocele, una mola infectada y dengue. (GRAFICO 5)

GRAFICO 5



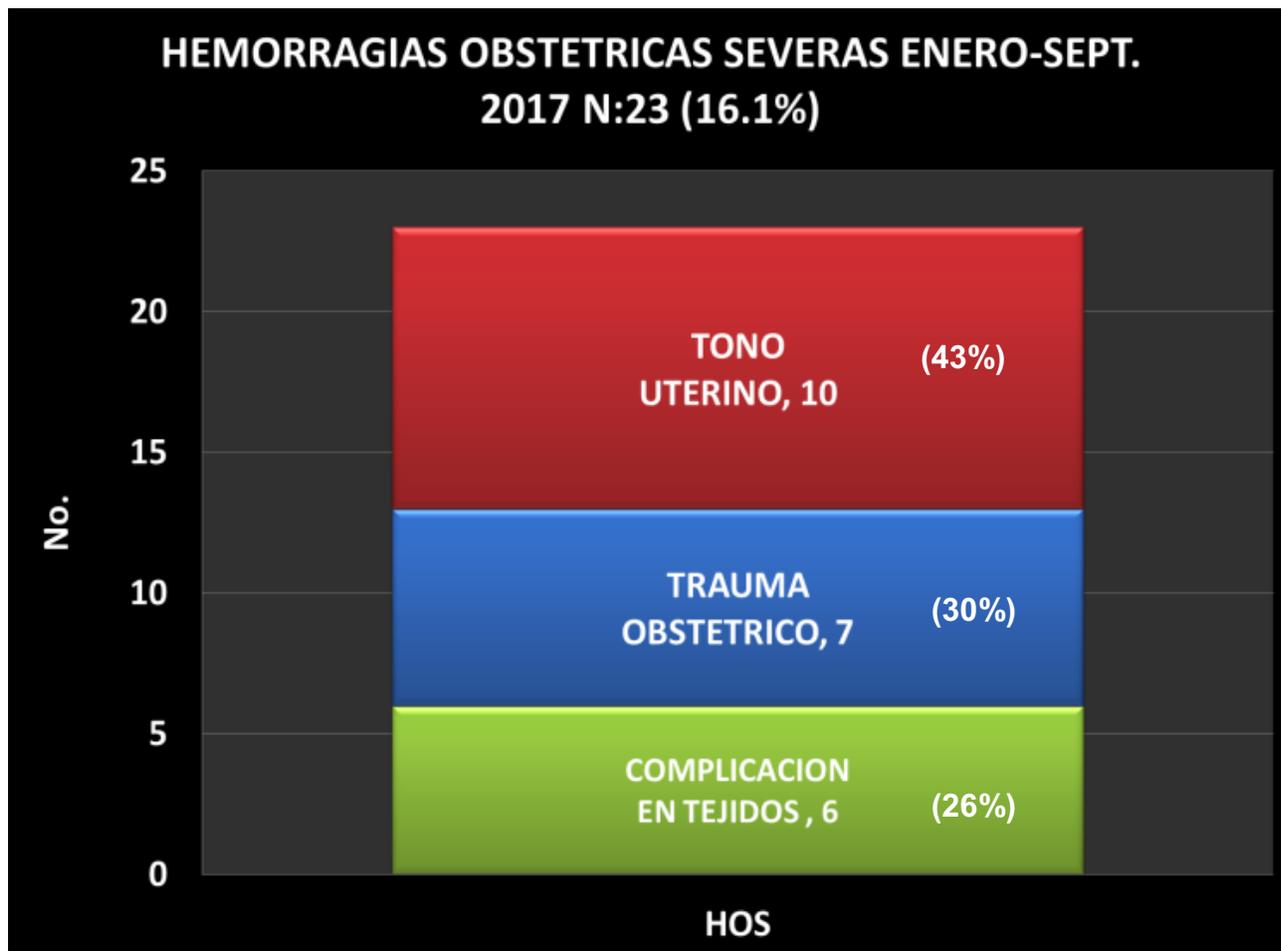
Con un 18% (25 casos) y como tercera causa principal de MOE que ingresa a cuidados críticos se tienen otras, en su mayoría no transmisibles. De los 25 casos se contaron 6 casos de pancreatitis (24%), 5 casos de enfermedad neurológica (20%) (epilepsia, tumor cerebral, accidente cerebro vascular y 2 síndromes de neurona motora), 4 casos de enfermedad pulmonar (16%), 4 casos de cardiopatías (16%), 2 casos de enfermedad renal (2%), 3 casos autoinmunes (12%) (rabdomiólisis, púrpura fulminans y Síndrome antifosfolípido), y 1 caso de alcoholismo.

GRAFICO 6



En cuarto lugar del total de MOE que ingresa a cuidados críticos, se tiene la hemorragia obstétrica severa (23, 16%), la cual se desagrega según orden decreciente en hemorragias por alteraciones del tono uterino (10, 43%), hemorragias por trauma obstétrico (7, 30%) desgarros, hematomas y hemorragias por alteracion de los tejidos pelvicos (abrupcio y acretismo placentario, dehiscencia de histerorrafia) (6, 26%) .

GRAFICO 7



"La atonía uterina es el motivo habitual de la hemorragia del alumbramiento, al no producirse la contracción del útero y no realizarse la hemostasia por compresión mecánica de los vasos del lecho placentario por las fibras musculares uterinas.

Los desgarros del canal del parto son la segunda causa más frecuente de hemorragia posparto. Los desgarros pueden coexistir con un útero atónico. La hemorragia posparto con útero retraído se debe generalmente a un desgarro del cuello uterino o de la vagina. Estos desgarros o laceraciones normalmente se manifiestan como un sangrado vaginal activo propio de partos instrumentados o con episiotomía que hay que proceder a reparar mediante sutura.

Las hemorragias por alteración de los tejidos pélvicos pueden manifestarse como hematomas, en la mayoría ocasionados por laceraciones de vasos venosos durante el

parto. La placenta retenida, se produce si la tracción controlada del cordón no da resultado y la placenta no se expulsa después de 30 minutos. También puede producirse una retención de restos placentarios si parte de la placenta (uno o más lóbulos) queda retenida, lo cual también impide que el útero se contraiga eficazmente. La dehiscencia uterina se produce por la separación de la capa miometrial que asienta sobre una cicatriz uterina previa.

CODIGO ROJO Y CODIGO AMARILLO EN UCI

En cuanto a la activación de los códigos Amarillo y Rojo para el abordaje de la Sepsis y las hemorragias, el mayor porcentaje de activación en UCI se tiene para el código amarillo (69%) lo cual se relaciona con el mayor número de casos de sepsis relacionados que ingresaron a UCI. Esto puede ameritar un análisis secundario para verificar la eficacia en la activación de los códigos en la emergencia y otros servicios fuera de UCI, así como en el tiempo de evolución de los casos y su resolución, ya que en el caso del código Rojo la activación y resolución de una hemorragia debe ser inmediata y en menor tiempo con el objetivo de cortar la evolución catastrófica de un sangramiento.

GRAFICO 8

**Códigos Activados ingresados a UCI, enero - septiembre 2017,
HNM.**

■ C. ROJO ■ C. ROJO EN UCI ■ C. AMARILLO ■ C. AMARILLO EN UCI

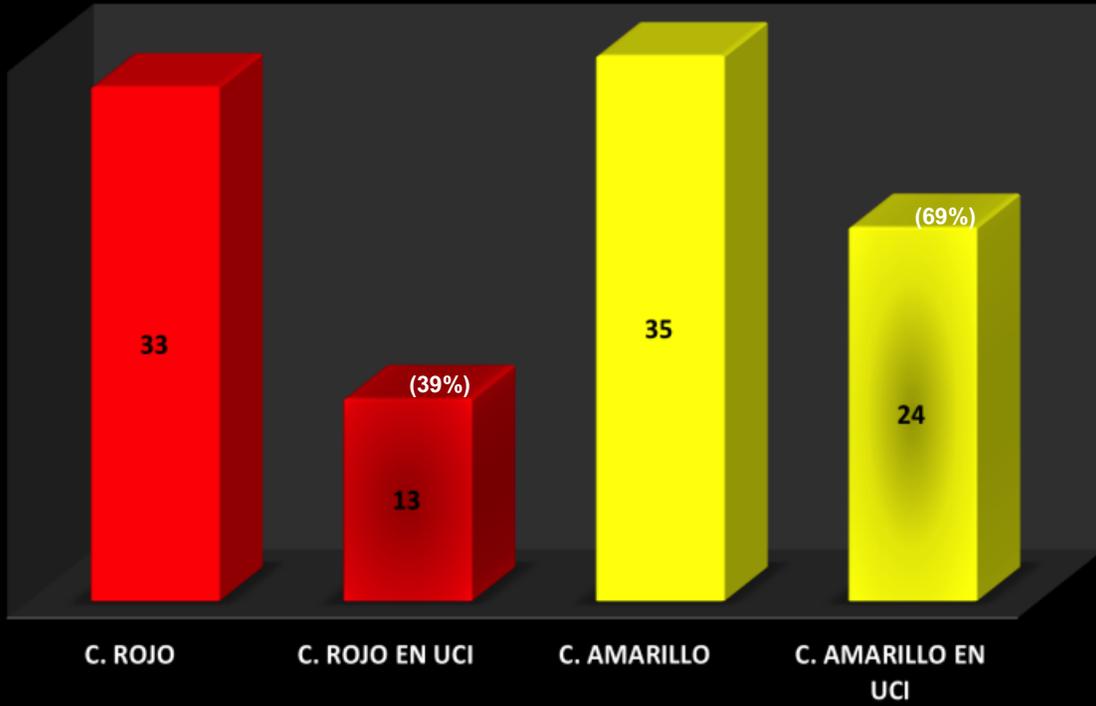


TABLA III

CONDICION DE TRASLADO ENERO SEPTIEMBRE DE 2017 EN CUIDADOS CRITICOS		
ESTABLE	285	97%
CRITICA	1	0.3%
DELICADA	1	0.3%
FALLECIDA	7	2.4%
INESTABLE	1	0.3%
TOTAL	295	100%

El 97% de los ingresos fueron trasladados a servicios de menor complejidad en condiciones estables, una mujer con embarazo de 32 semanas y con aneurisma del seno de valsalva fue trasladada en condiciones delicada a otro centro especializado y otra con embarazo de 20 semanas con miocardiopatía dilatada en condición inestable para tratamiento cardiovascular especializado.

Se tuvieron siete fallecimientos, cuatro por causas obstétricas y tres por causas ginecológicas.

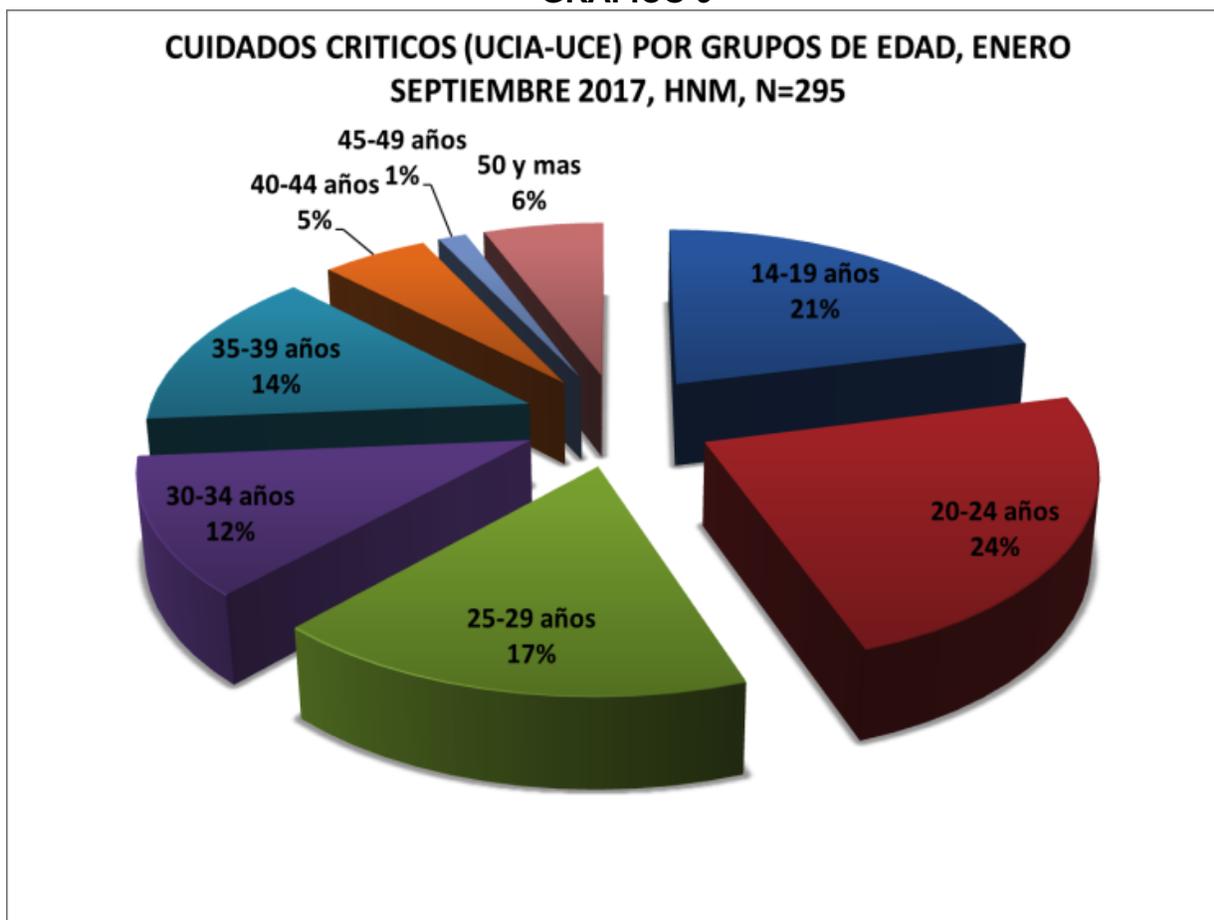
Los fallecimientos por causas obstétricas fueron: 1) una señora de 20 años que se complicó con hemorragia, coagulación intravascular diseminada y una hemorragia subaracnoidea con 5 días de estancia, referida de Hospital Nacional de Ahuachapán 2) una mujer de 26 años con obesidad mórbida que consultó espontáneamente; en su puerperio tardío presentó un cuadro de abdomen séptico que se complicó con choque hemorrágico, 3) una joven de 23 años con una colagenopatía, cuyo embarazo termina en muerte fetal a las 21 semanas, complicándose con una destrucción de tejidos intestinales con perforación de colon sigmoide y abdomen séptico, 4) una adolescente de 17 años con embarazo gemelar de 33 semanas que se obitó por un cuadro grave de infección de vías urinarias.

Los tres fallecimientos por causas ginecológicas fueron: 1) una señora de 46 años con fibromatosis uterina que presentó una hemorragia pélvica crítica, 2) una señora de 96 años con shock séptico y falla multiorgánica, 3) una señora de 57 años con

carcinomatosis que presentó falla multiorgánica.

Al ver los resultados de las mujeres salvadas de morbilidad extrema por edad, se puede ver el impacto que los cuidados críticos tienen en los años potenciales de vida salvados. El 62% de las mujeres tratadas en cuidados críticos fueron menores de 30 años, lo cual además tiene un impacto positivo en la supervivencia infantil y la salud familiar en general al evitar la horfandad y mayor vulnerabilidad en el hogar ya que son mujeres que al recuperar su salud vuelven a su vida productiva (GRAFICO 9).

GRAFICO 9



ESTANCIA HOSPITALARIA EN CUIDADOS CRITICOS.²

TABLA IV

Indicador	C. Críticos	UCIA	UCE
Dias estancia	1471	771	686
Personas atendidas	295	104	191
Promedio dias estancia	5	7	4

La Unidad de Cuidados Críticos ha desempeñado en los últimos dos años, a partir de 2016 una labor de alto impacto en la reducción de la mortalidad materna, que de 31 muertes que se tuvieron en 2015 (con un uciólogo agregado por 8 horas) se redujo a 12 muertes en 2016 con un decremento de más del 60% de las muertes maternas, esta tendencia, a la fecha, se mantiene para 2017. Lo anterior ha sido gracias a la contratación de uciólogos para cubrir las 24 horas los 365 días del año a mujeres afectadas por complicaciones y/o morbilidades ginecoobstétricas de alta letalidad.

“La participación de los uciólogos en los equipos multidisciplinarios ha sido providencial en la mejora de la eficacia en el manejo de la morbilidad obstétrica extrema. Por otra parte los tiempos promedio de estancia en cuidados críticos se han reducido en 50% ya que en 2015, el promedio era de 10 días con valores máximos hasta de 80 días y desde 2016 y a la fecha en 2017 se ha mantenido un tiempo promedio de 5 días; a esto hay que agregar que la labor de los uciólogos como interconsultantes es sumamente eficiente al intervenir en la estabilización de pacientes en los diferentes servicios hospitalarios para prevenir mayores complicaciones, costos hospitalarios y evitar la evolución natural que requiera de cuidados críticos.”

Todo lo anterior sugiere con evidencia científica de la rentabilidad social de la cobertura con uciólogos las 24 horas por 365 días al año en términos de vidas salvadas de nuestras mujeres, el consecuente bienestar familiar que eso significa y para nuestro hospital, la eficiencia por la optimización del gasto por estancia hospitalaria, así como la satisfacción usuario – proveedor que todo esto representa.

La sostenibilidad de los recursos humanos especializados en cuidados críticos es fundamental para nuestro hospital y un compromiso social con el derecho a la salud de nuestra población.

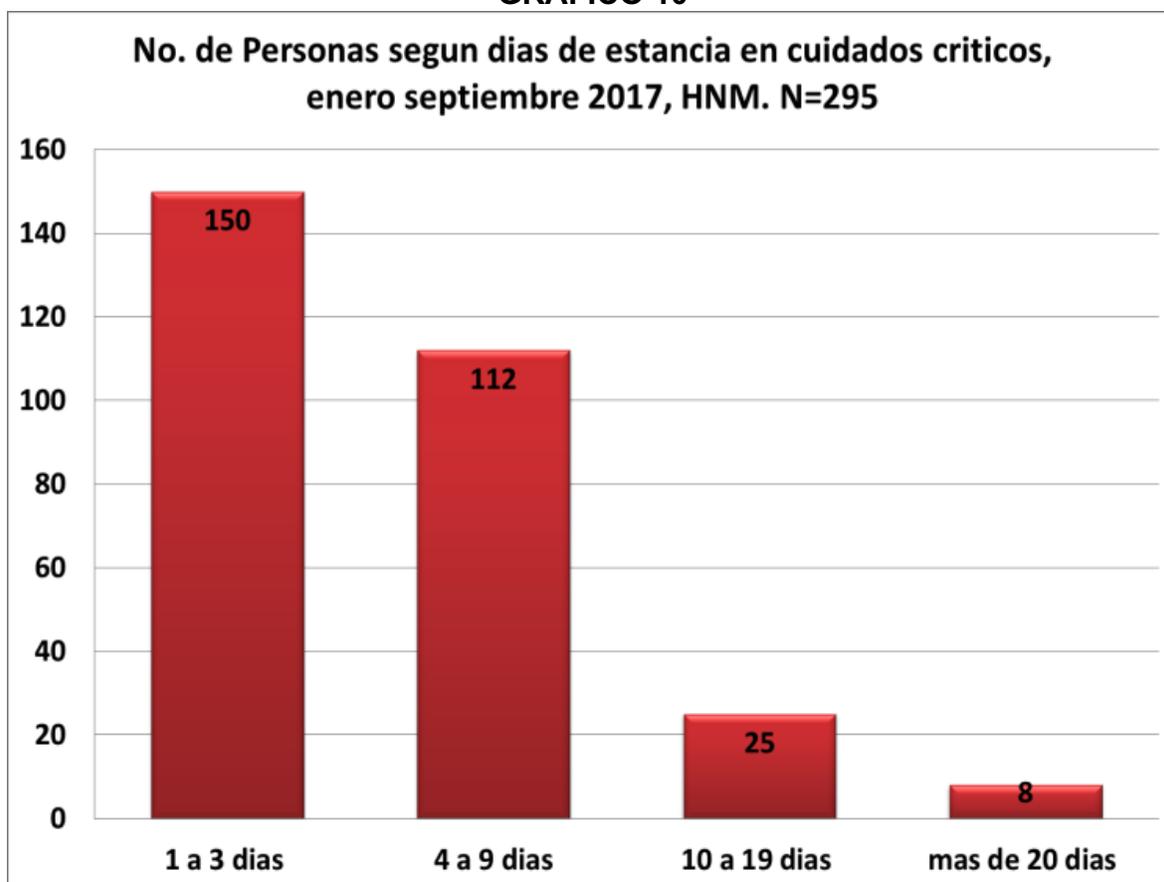
² Ceballos-Acevedo T, Velásquez-Restrepo PA, Jaén-Posada JS, Duración de la estancia hospitalaria. Metodologías para su intervención. Rev. Gerenc. Polít. Salud. 2014; 13(27): 274-295. <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgyyps13-27.dehm>

Diariamente se hace énfasis en los criterios y competencias técnicas que determinan la estancia del paciente en cuidados críticos, la oportunidad del ingreso, la precisión diagnóstica evitando fallas de admisión prematura y la necesidad de generar el alta una vez cumplido el propósito del ingreso. Además se agilizan los procesos de gestión con los diferentes sistemas de apoyo diagnóstico, farmacia, interconsulta y terapia ventilatoria según necesidad de las pacientes.

A nivel de la gestión en red para el control de fallas del sistema de salud en RISS, se activan procesos de comunicación interactivas para las interconsultas y/o remisión de pacientes delicadas a otro nivel de complejidad.

A septiembre de 2017, de las 295 personas que estuvieron en cuidados críticos, el 89% (262) tuvieron una estancia hospitalaria menor a los 10 días, 51% de 1 a 3 días y 38% de 4 a 9 días. (Gráfico 10).

GRAFICO 10



Lo más destacable durante el período fue que de las 295 personas que se ingresaron a

cuidados críticos, con un total de días de estancia de 1,471 se logró un promedio de 5 días de estancia en el servicio de cuidados críticos (UCIA-UCE).

1.2 CUIDADOS PERINATALES

Durante el período hubo variaciones mensuales al incremento en 6 de los 9 meses en el número de muertes infantiles, las tasas de mortalidad neonatal e infantil, las tasas de incidencia de muy bajo peso, principalmente en los meses de julio, agosto y septiembre (Tabla V).

TABLA V

TENDENCIA MENSUAL DE INDICADORES HNM, ENERO - SEPTIEMBRE 2017										
Indicador	Año	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Sept
Tasa Recien Nacidos Muy Bajo Peso	2016	48.27	42.29	52.03	60.31	53.35	68.15	41.1	49.85	49.16
	2017	46.18	53.45	58.12	56.06	58.75	37.28	48.41	52.2	60.77
Tasa Recien Nacidos Bajo Peso	2016	240.1	221.01	238.58	230	277.7	267.04	215.1	256.6	225.1
	2017	223.67	260.34	248.88	221.2	228.75	245.01	247.6	248.63	263.81
Tasa Mortalidad Neonatal	2016	14.85	13.64	20.3	21.04	32.83	20.86	21.92	17.6	23.29
	2017	20.2	25.86	20.86	19.7	27.5	13.32	19.36	20.6	26.24
Tasa Mortalidad Infantil	2016	16.09	13.64	20.3	22.44	34.2	22.25	23.29	20.53	23.29
	2017	23.09	29.31	20.86	22.73	27.5	13.32	20.75	23.35	27.62
Razon Mortalidad Materna	2016	495.66	121.8	0	246.6	212.54	241.84	657.9	298.8	488.28
	2017	371.29	272.85	380.71	0	136.8	0	0	0	258.73
Egresos	2016	1,605	1,639	1,692	1,689	1677	1637	1648	1510	1,645
Egresos	2017	1529	1376	1608	1491	1,736	1,686	1,655	1,600	1589

Fuente: SIMMOW-Atención hospitalaria-Monitoreo-Indicadores

En la Tabla VI se incluyen datos absolutos y relativos acumulados de enero a septiembre de 2016 y 2017, con el fin de analizar el comportamiento y la interpretación de los indicadores acumulados durante el período.

En valores absolutos la variación de la muerte fetal se redujo en 10%, las muertes neonatales tardías disminuyeron 24%, y las muertes maternas en 55%; no obstante, dada la reducción concomitante de los nacimientos y los nacidos vivos como denominadores para el cálculo de tasas y razones, la tasa de mortalidad fetal se redujo en 5% con la neonatal tardía en 19%. Las tasas de mortalidad neonatal, perinatal e infantil incrementaron entre 3% y 6%.

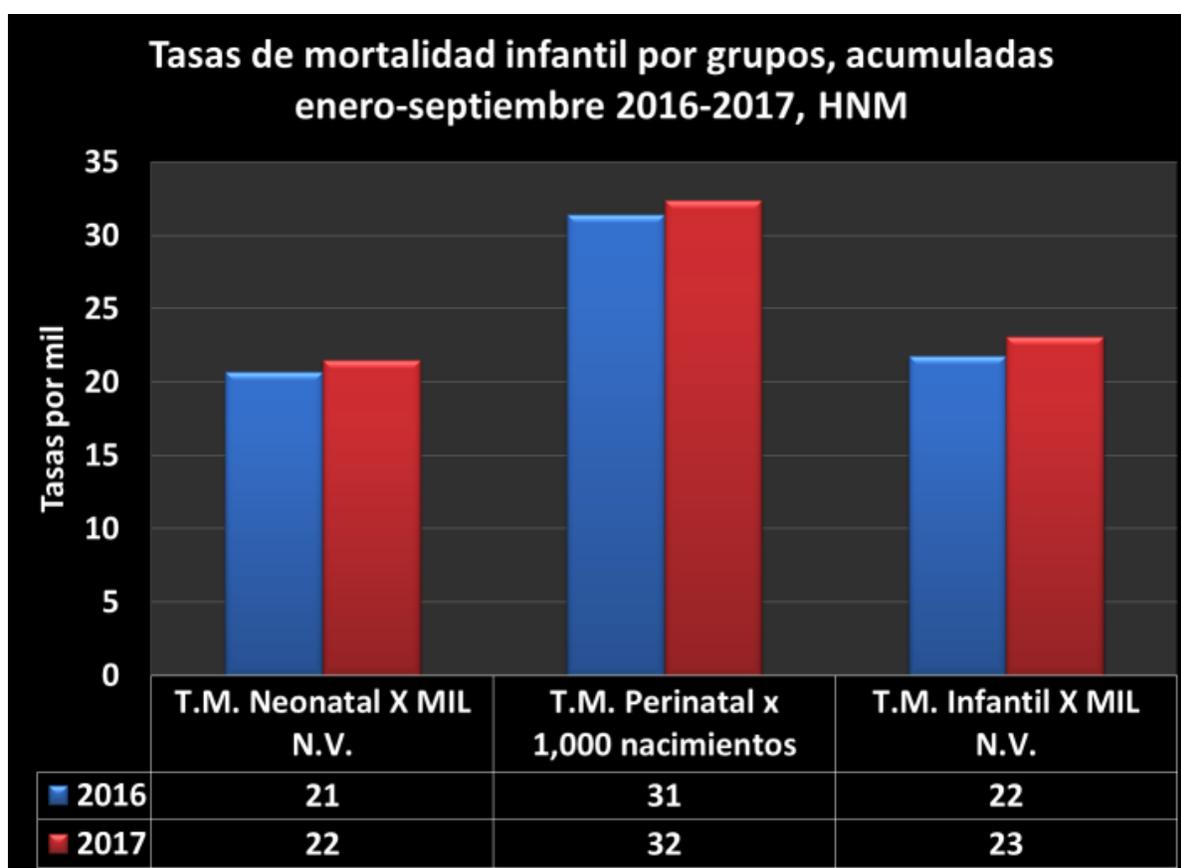
Un indicador que destaca sobremanera es la **Razón de abortos por mil nacidos vivos** ya que supera en 3 veces la mortalidad perinatal y en 4 la mortalidad neonatal y representa un alto riesgo y alto desgaste reproductivo en la mujer.

TABLA VI			
VARIACION DE INDICADORES TRAZADORES EN NUMEROS Y TASAS			
INDICADORES HNM	ENERO-SEPTIEMBRE 2016-2017		
	2016	2017	% VARIACION
Nacido muerto hospitalario	109	98	-10%
Nacido vivo	6,668	6,323	-5%
Nacimientos	6,777	6,421	-5%
No. M. neonatal temprana	104	110	6%
No. M. neonatal tardía	34	26	-24%
No. M. Neonatal	138	136	-1%
No. M. Perinatal	213	208	-2%
No. M. Infantil	145	146	1%
No. M. menor de 5 a.	145	146	1%
No. M. Maternas	11	5	-55%
Abortos	633	601	-5%
T.M. fetal x 1,000 nacimientos	16.1	15.3	-5%
T.M. neonatal temprana X MIL N.V.	15.6	17.4	12%
TM. Neonatal tardía X MIL N.V.	5.1	4.1	-19%
	2016	2017	
T.M. Neonatal X MIL N.V.	21	22	4%
T.M. Perinatal x 1,000 nacimientos	31	32	3%
T.M. Infantil X MIL N.V.	22	23	6%
T.M. Menor de 5 años	22	23	6%
R.M.M. X 100,000 N.V.	165	79	-52%
Razón de abortos x 1000 n.v.	95	95	0%

SUPERVIVENCIA INFANTIL Y CUIDADOS PERINATALES

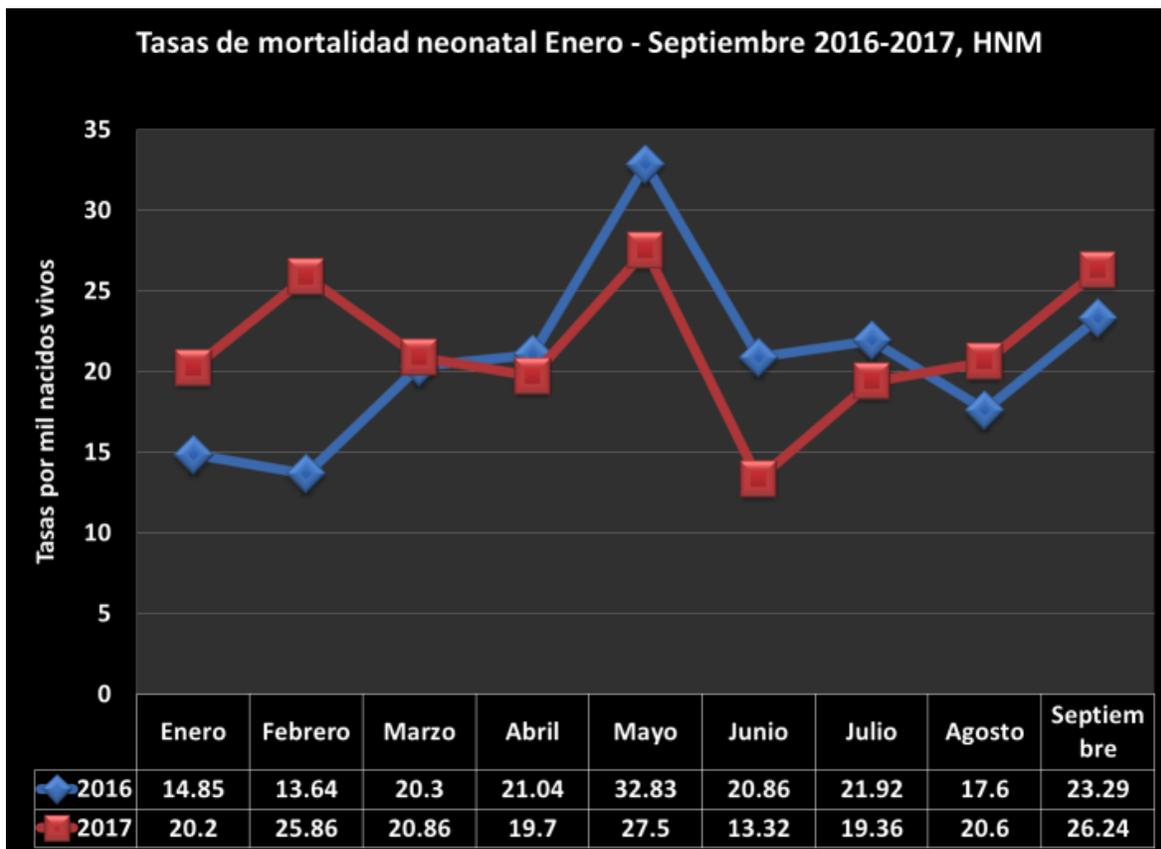
En general, las tasas de mortalidad perinatal, neonatal e infantil incrementaron, (GRAFICO 11) aunque hubo disminución en el número absoluto de las muertes en menores de 5 años, así como en el total de nacimientos de 2016 en relación con 2017. Es importante reiterar que las causas de morbimortalidad neonatal requieren de servicios de alta complejidad y óptimo desempeño profesional especializado en los servicios de neonatología. Principalmente considerando las limitantes en el número de médicos y enfermeras especializadas para la cantidad de camas de servicios de cuidados intensivos e intermedios de neonatología.

GRAFICO 11



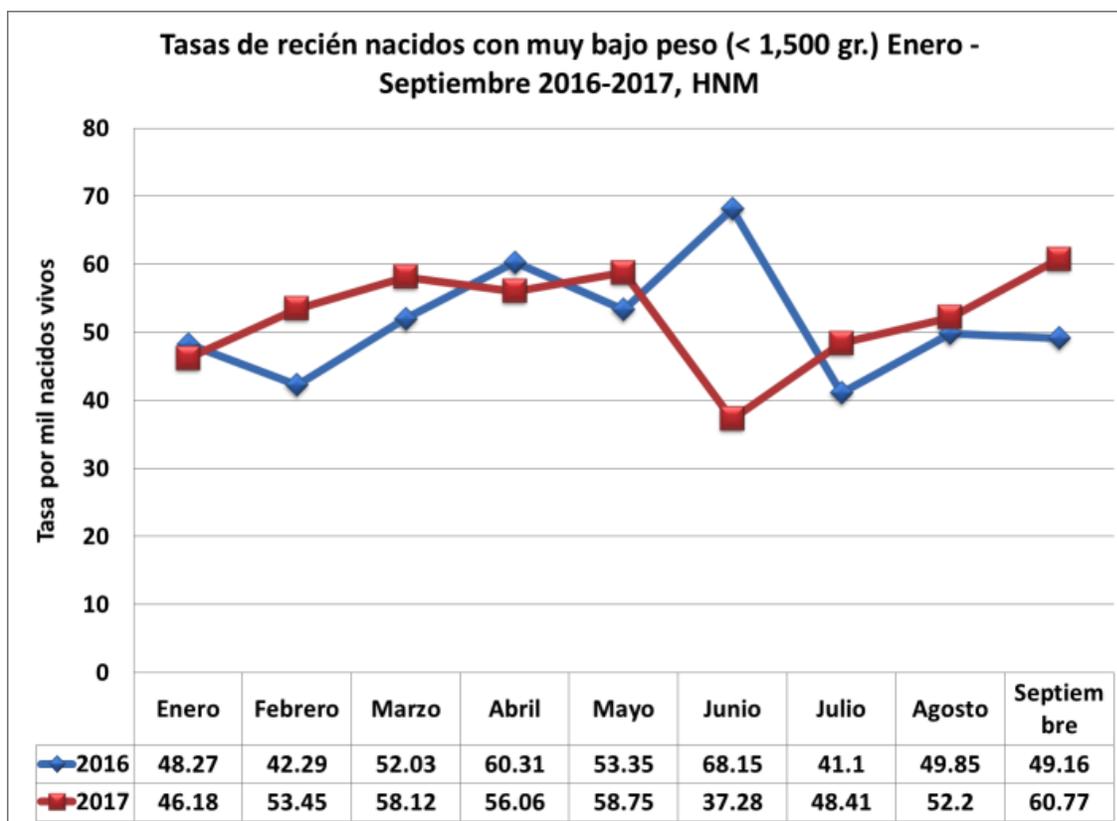
Según el Gráfico 11, la mortalidad infantil intrahospitalaria incrementó en 6% y la mortalidad neonatal 4% durante el período.

GRAFICO 12



La tasa de mortalidad neonatal a septiembre 2016 (21 x 1000NV)) y 2017 (22 por 1000 NV) incrementa levemente comparada con el 2016, sin embargo no ha tenido una tendencia uniforme manteniéndose sobre una tasa de 20 por 1000 NV durante los 6 de los 9 meses de 2017 con unos picos de elevación en los meses de mayo y septiembre y teniendo una notable disminución en el mes de junio (GRAFICO 12). El comportamiento de las tasas de mortalidad neonatal que observamos en los meses de mayo y septiembre fueron los mismos incrementos de las tasas de recién nacidos con muy bajo peso, por tanto la prevención de la prematuridad y el muy bajo peso (<1,500 gr.) (GRAFICO 13) por medio de la búsqueda activa de embarazadas de alto riesgo biosicosocial y la provisión de control prenatal de alta calidad impactaría sustancialmente a la reducción de la mortalidad neonatal.

GRAFICO 13



CAUSAS DE MORTALIDAD NEONATAL

Las principales causas de muerte neonatal hospitalaria en general, se concentran en la inmadurez extrema, otros recién nacidos de pretérmino como parte de las afecciones originadas en el período perinatal y las malformaciones congénitas.³

Durante todo el período hemos tenido que las causas de mortalidad están situadas entre la prematuridad, la inmadurez y las anomalías congénitas que en la mayoría de los casos son incompatibles con la vida (TABLA III).

Las causas básicas de muerte neonatal son en primer lugar, patologías prevenibles en el 66% y en segunda instancia las malformaciones congénitas en un 34%. (GRAFICO 14)

³ SIMMOW, Lista internacional de Mortalidad por grupo etéreo, enero-junio HNM, 2017

GRAFICO 14

**CAUSA BASICA DE MUERTE NEONATAL, ENERO SEPTIEMBRE
2017, HNM, N: 140**

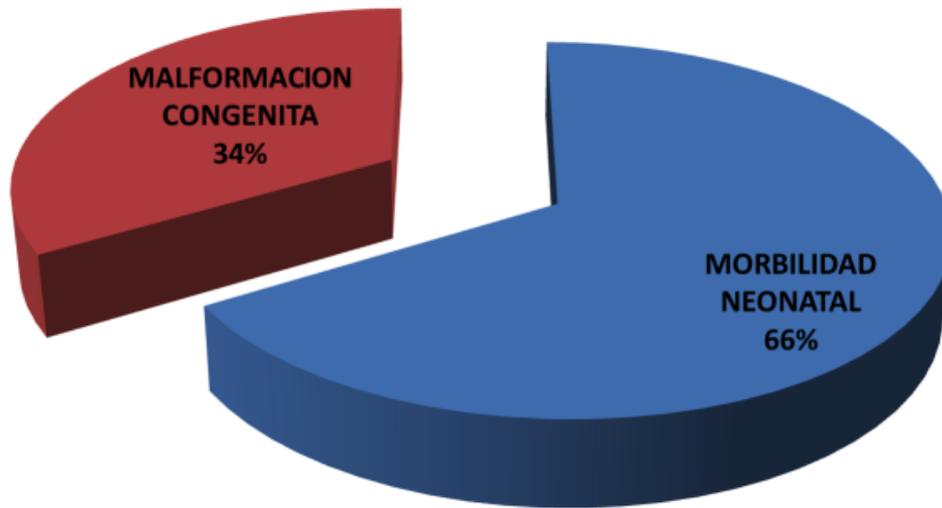


TABLA VII

MORTALIDAD NEONATAL SEGUN CAUSA BASICA ENERO-SEPTIEMBRE 2017 N: 140						
	ANOMALIAS CONGENITAS, N: 47 (34%)	Fx	%	POR PATOLOGIA, N: 93 (66%)	Fx	%
1	<u>Síndrome de Potter</u>	8	9%	<u>Inmaduridad extrema</u>	52	56%
2	<u>Anencefalia</u>	5	5%	<u>Otros recién nacidos pretérmino</u>	14	15%
3	<u>Otros síndromes de malformaciones congénitas debidos a causas exógenas conocidas</u>	5	5%	<u>Neumonía congénita, organismo no especificado</u>	7	8%
4	<u>Hidrocefalo congénito, no especificado</u>	4	4%	<u>Sepsis bacteriana del recién nacido, no especificada</u>	5	5%
5	<u>Síndromes de malformaciones congénitas que afectan principalmente los miembros</u>	4	4%	<u>Hemorragia pulmonar no especificada, originada en el periodo perinatal</u>	4	4%
6	<u>Malformación congénita del corazón, no especificada</u>	3	3%	<u>Asfixia del nacimiento, no especificada</u>	3	3%
7	<u>Síndrome de Edwards, no especificado</u>	2	2%	<u>Neumotórax originado en el periodo perinatal</u>	2	2%
8	<u>Cromosoma X frágil</u>	2	2%	<u>Hemorragia intraventricular (no traumática) grado 3, del feto y del recién nacido</u>	1	1%
9	<u>Gastrosquisis</u>	2	2%	<u>Otro peso bajo al nacer</u>	1	1%
10	<u>Síndrome de Patau, no especificado</u>	2	2%	<u>Síndrome de aspiración meconial y otras causas</u>	1	1%
11	<u>Otras anomalías hipoplásicas del encéfalo</u>	1	1%	<u>Persistencia de la circulación fetal</u>	1	1%
12	<u>Defecto del tabique auriculoventricular</u>	1	1%	<u>Atelectasia primaria del recién nacido</u>	1	1%
13	<u>Discordancia de la conexión auriculoventricular</u>	1	1%	<u>Acidosis metabólica tardía del recién nacido</u>	1	1%
14	<u>Otros síndromes de malformaciones congénitas especificados, no clasificados en otra parte</u>	1	1%			
15	<u>Estenosis de la arteria pulmonar</u>	1	1%			
16	<u>Ausencia, atresia y estenosis congénita del íleon</u>	1	1%			
17	<u>Tronco arterioso común</u>	1	1%			
18	<u>Síndrome de Down, no especificado</u>	1	1%			
19	<u>Hernia diafragmática congénita</u>	1	1%			
20	<u>Enanismo tanatofórico</u>	1	1%			
	TOTAL	47	100%		93	100%

“La condición del peso fetal al nacer y la edad gestacional adecuados, continúan siendo factores cualitativos de la atención que requieren de un trabajo mas integrado y sinérgico con el primer nivel de atención y el personal comunitario, para asegurar el bienestar fetal y materno, por medio del control prenatal calificado y la atención preconcepcional en mujeres de alto riesgo social (madres solteras, con bajos ingresos, violencia y otras condiciones de alto estrés) alto riesgo reproductivo, adolescentes y mujeres adultas con enfermedades crónicas de base (obesidad, diabetes, hipertensión arterial y otras). “

Es importante destacar estos resultados en el impacto sobre estos indicadores como una oportunidad para mejorar los resultados de la Gestión Clínica Materno Infantil en RIISS.

Es claro que la tendencia de la mortalidad neonatal y la tendencia de la incidencia de recién nacidos con muy bajo peso cursan paralelamente con reducción puntual en el mes de junio y un repunte en los últimos tres meses hasta septiembre.

Esta correlación de morbilidad infantil sugiere fallas en la Gestión Clínica Materno Infantil, principalmente en lo que concierne a la prevención de la inmadurez extrema y la prematuridad, con los cuidados obstétricos y el cuidado del bienestar fetal desde el primer nivel de atención.

El nivel de eficacia preventiva de la red en todos los niveles de atención, determina la eficiencia y la efectividad en el abordaje especializado de tercer nivel, principalmente por las limitantes en la disponibilidad de personal especializado en los servicios de neonatología así como el desabastecimiento de tecnologías sanitarias (medicamentos, insumos y equipo) en los servicios de atención materna como ha sido el caso de la carencia de tocolíticos de alta eficacia para el tratamiento de la Amenaza de Parto Prematuro, así como la prevención y control de la prematuridad.

MORBILIDAD MATERNA ASOCIADA A LA MORTINATALIDAD.

Según datos del Sistema de Morbilidad SIMMOW, la morbilidad más frecuente de los 650 egresos en el servicio de infectología fue la infección de la bolsa amniótica o de las membranas (163) (25%), lo cual ha sido correlacionada con las complicaciones neonatales por sepsis temprana. En el servicio de Ginecología de 837 egresos, destacan el leiomioma del útero con 264 casos (32%), y el abuso sexual con 67 casos y ascendiendo como segunda causa de egreso. En el servicio de puerperio se produjeron 4,095 hospitalizaciones de las cuales 986 fueron por parto único espontáneo, seguida de ruptura prematura de membranas (316), obesidad (264) y preeclampsia (243). En el servicio de obstetricia, de los 157 egresos 145 (92%)

tuvieron como diagnóstico de egreso la mola hidatiforme. En el servicio de perinatología, de los 1,454 egresos, la principal causa de egreso fue la diabetes mellitus con 259 egresos, seguida de hipertensión arterial primaria (87), oligohidramnios (73) y síndrome nefrítico crónico (66).

El departamento de Neonatología reportó que, de los casos de muertes fetales, las comorbilidades más frecuentes fueron los trastornos hipertensivos del embarazo, la diabetes mellitus y procesos infecciosos agregados al embarazo, las anomalías congénitas como los defectos del tubo neural y cardiopatías, diagnosticadas intrauterinamente, así como síndromes incompatibles con la vida.

El índice de prematurez, en el hospital se mantiene alto, dado que la norma de protección definida es que las embarazadas de 34 semanas o menos con amenaza de parto prematuro o parto inminente deben ser referidas al tercer nivel, lo cual agota las existencias de tocolíticos para el tratamiento eficaz de las amenazas de parto prematuro.

Además de mejorar la disponibilidad de tocolíticos eficaces para tratar la amenaza de parto prematuro hasta las 34 semanas de gestación en las maternidades desde el segundo nivel de atención, es vital la aplicación de esteroides para la maduración pulmonar en toda la RISS hasta las 36^{6/7} semanas de edad gestacional.

“La sepsis temprana del recién nacido es directamente proporcional a la infección materna, que usualmente llega al parto en proceso de incubación fetal.”

Los recién nacidos con edad gestacional menor de 28 semanas usualmente se complican por sepsis a diferencia de los que nacen con mayor edad gestacional entre 28 y 37 semanas, que se complican más por dificultad respiratoria ya que son más resistentes a la sepsis, por lo que es importante reconsiderar la tocólisis y la maduración pulmonar en todos los casos que lo requieran antes de las 37 semanas de gestación.⁴

La intervención por excelencia para la prevención del parto prematuro es el Control Prenatal completo y de Calidad. Esto último es muy importante para la consideración de la RISS desde el primer y segundo nivel de atención para tratar oportunamente las causas reconocidas como la desnutrición materna, las infecciones y las enfermedades crónicas en la mujer, determinación socio ambiental relacionada a

⁴ El hospital Materno Infantil de la Universidad de Barcelona recomienda betametazona 12 mg intramuscular a toda embarazada con riesgo de parto prematuro entre las 24 y 34 semanas con tandas de dos dosis cada 7 días, máximo 3 tandas de 2 dosis si persiste la APP.

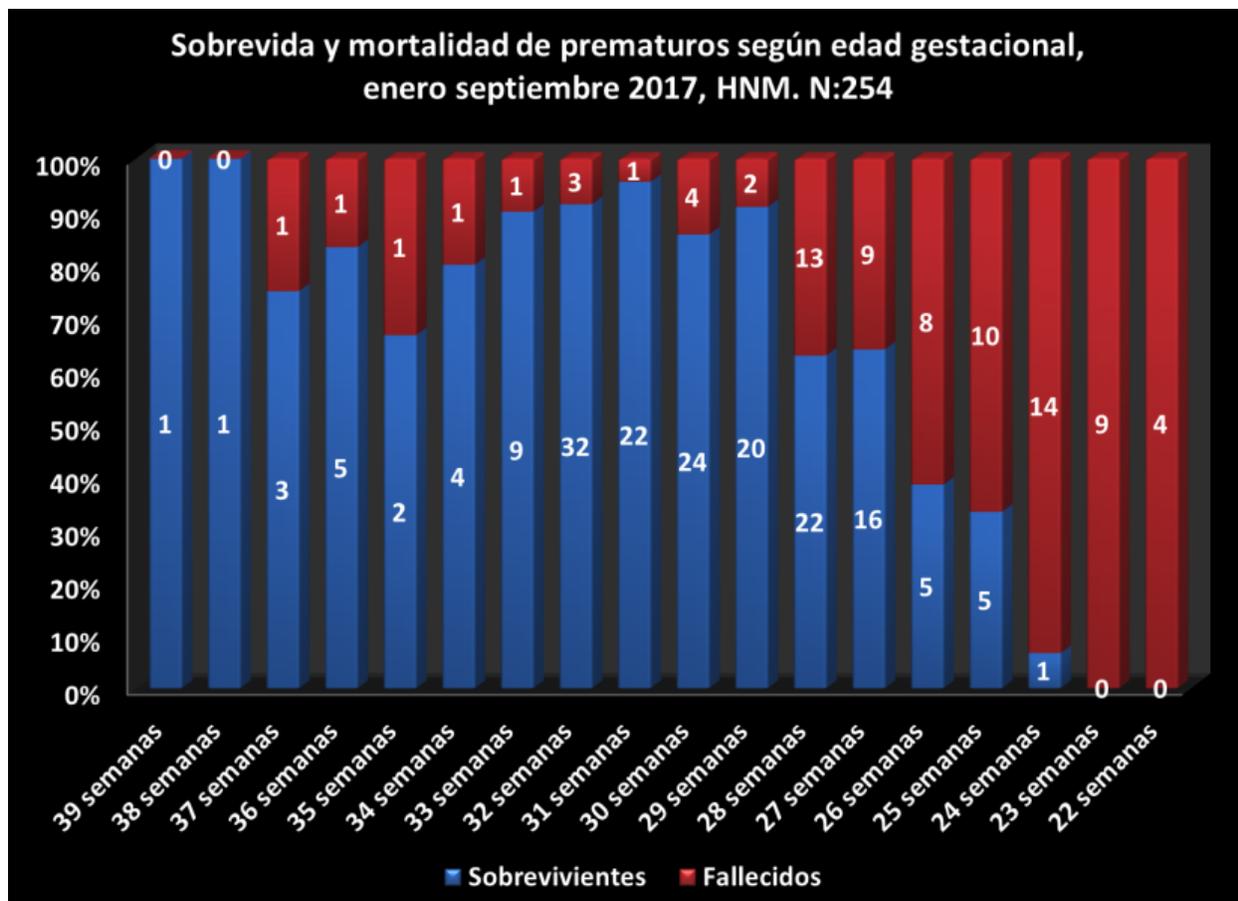
violencia, vulnerabilidad social (pobreza, exclusión social, madres solteras) así como el manejo clínico efectivo de la amenaza de parto prematuro y la maduración pulmonar del feto incluyendo el trabajo social y apoyo psicológico en casos de violencia familiar o comunitaria.

“El potencial de reducción de la mortalidad infantil y la calidad de vida y de desarrollo de la niñez y su familia es mucho mayor con la prevención de la prematuridad y el bajo peso en la comunidad con el primer nivel de atención.”

Lo anterior significa menores costos al sistema de salud en el corto plazo y menores costos familiares durante toda la vida para los cuidados de los recién nacidos, por las secuelas potenciales y discapacidades durante el curso de vida en todas las áreas de desarrollo personal.

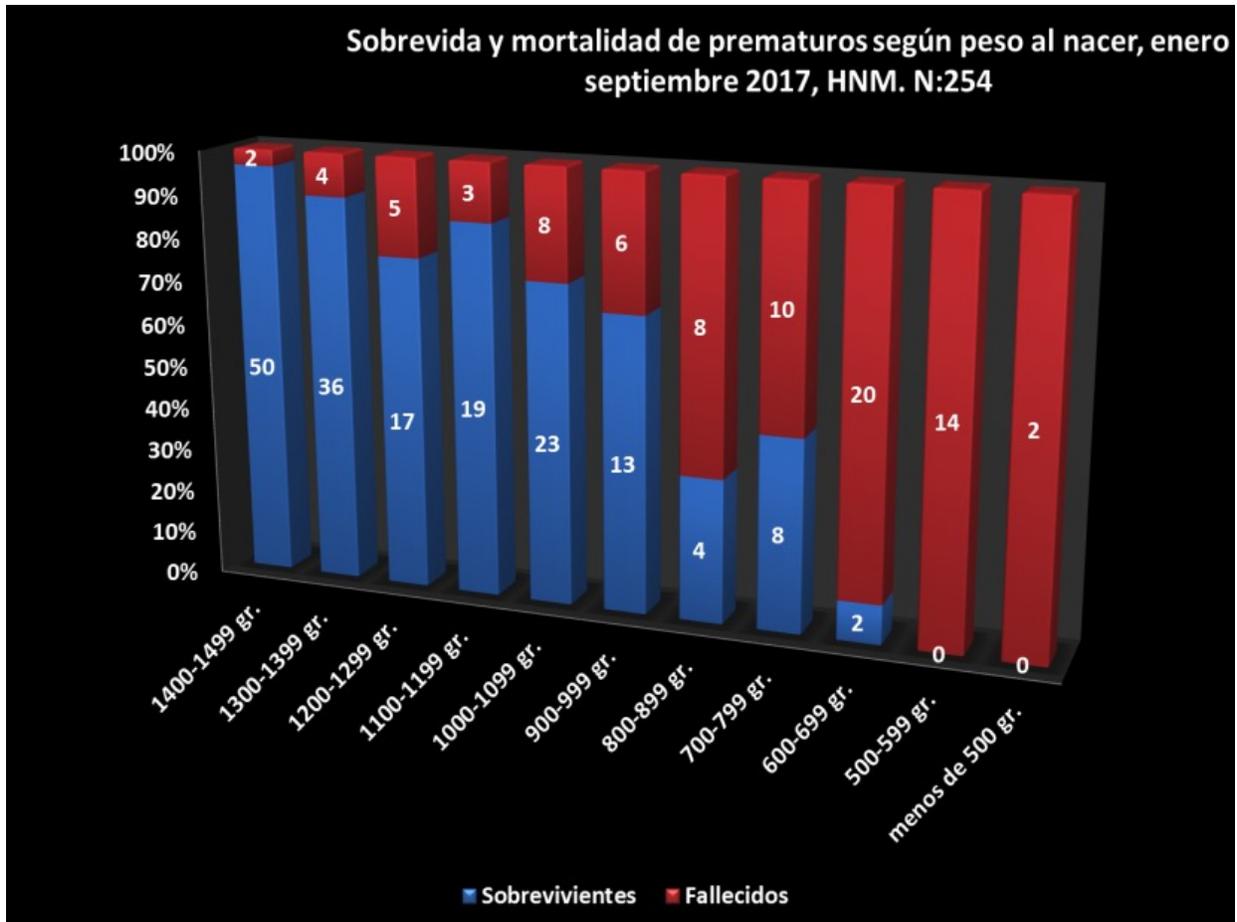
Especial interés toma para la atención prenatal el hecho de que la oportunidad de supervivencia neonatal de los recién nacidos prematuros y su calidad de vida depende de la edad gestacional. En nuestro hospital el chance de supervivencia de los recién nacidos es menor de 50% debajo de las 26 semanas (GRAFICO 15).

GRAFICO 15



El objetivo de la referencia oportuna de los embarazos prematuros es ofrecer la mejor atención a la madre y al recién nacido, el cual necesitará soporte de cuidados intensivos, principalmente porque el 78% de las muertes neonatales ocurren en los bebés que pesan menos de 1,500 gramos y de estos la sobrevida es casi nula si el peso es menor de 600 gramos, y se incrementa a 50% en los que pesan menos de 1,000 gramos (GRAFICO 16).

GRAFICO 16



“Las referencias tardías de embarazos prematuros con dilatación cervical avanzada, con ruptura prematura de membranas, sin cumplimiento de esteroides antenatales y sin un diagnóstico basal, son condiciones altamente desafiantes para prolongar la vida intrauterina del feto.”

FACTORES DE PROTECCIÓN PARA PREVENIR LA PREMATUREZ

La historia natural de la prematurez como causa de muerte se caracteriza principalmente por la determinación de factores socioambientales (estrés e infección) y factores genéticos (hemorragia en la decidua y distensión uterina).

Factores socioambientales

Impacto del estrés en el bienestar materno fetal.

Bajo el contexto socioambiental actual en El Salvador, es importante destacar que a la base de la prematuridad, la activación prematura del eje hipotalámico-pituitario-suprarrenal (HPS) materno o fetal como respuesta a estrés materno o fetal supone un alto % de los nacimientos prematuros, principalmente cuando no hay una causa inflamatoria por infección materna. El estrés en mujeres de alto riesgo social (madres solteras, con bajos ingresos, víctimas de violencia y otras condiciones de alto estrés) aumenta la secreción de cortisol suprarrenal materno y fetal, y esto la concentración de hormona liberadora de corticotropina (HLC), la cual desencadena la producción de prostaglandinas. Las prostaglandinas provocan contracciones y maduración cervical. La HLC también produce aumento en la producción de estrógeno placentario al estimular la secreción desde la glándula suprarrenal fetal. El efecto final de los estrógenos en el miometrio, desemboca en contracciones, cambios cervicales y en partos prematuros.

*“El estrés materno y fetal como causa, trasciende el enfoque biomédico de las intervenciones sanitarias durante los cuidados obstétricos y fetales desde la atención prenatal y sugiere **intervenciones de promoción de la salud más integrales con la participación intersectorial de diferentes instancias más vinculadas al bienestar y el desarrollo social (gobiernos locales)**, principalmente en los territorios más afectados por la pobreza y la exclusión social.”*

La aplicación del enfoque de determinación social, representa un desafío para el personal de salud en términos de ampliar la perspectiva de la “historia clínica” y las auditorías de morbilidad materna e infantil con elementos del contexto socio-social y ambiental del binomio madre bebé, bajo el supuesto de que la información está consignada en la ficha familiar como parte de la dispensarización normada en el primer nivel de atención.

Control Prenatal, Infección e inflamación

Un **excelente control prenatal** puede prevenir las infecciones urogenitales, la enfermedad periodontal u otra infección sistémica localizada en otra área, lo cual supone aproximadamente la prevención del 40% de los nacimientos prematuros, que finalmente ocurren debido a activación de citocinas que estimulan la síntesis de prostaglandinas y producción de metaloproteinasas de la matriz extracelular, lo que deriva en la rotura de las membranas fetales y la maduración del cuello del útero. En relación a las infecciones de vías urinarias en la mujer, en nuestro medio, la bacteriuria más frecuente es por coliformes debido a estreñimiento prolongado sin una higiene

diaria temprana al iniciar el día, así como la exposición a contaminación fecal por medio de relaciones sexuales inadecuadas, por tanto la alimentación con la inclusión de frutas y vegetales se vuelve importante para mejorar el patrón defecatorio y la higiene de genitales; así como en las relaciones sexuales con su pareja, asegurándose que ésta sea libre de contaminación fecal.

Factores genéticos

Control prenatal, prevención y control de hemorragia en la decidua

A diferencia de las mujeres afectadas por los factores socioambientales, la hemorragia del endometrio que recubre el útero y que se encuentra en contacto con las membranas fetales y la placa basal de la placenta, son mujeres de mayor edad, casadas y alto nivel de escolaridad. En los antecedentes familiares y personales, pueden dar historia sobre coagulopatías hereditarias, consumo de tabaco, consumo de cocaína, historia de hipertensión crónica y preeclampsia, traumatismo materno y retardo del crecimiento intrauterino. El proceso bioquímico de una hemorragia por desprendimiento placentario que derive en un parto prematuro, está relacionado con la producción de trombina la cual estimula la coagulación y la producción de proteasas capaces de madurar el cuello y dañar las membranas fetales, conduciendo así a la ruptura prematura de membranas (RPM) y al inicio de contracciones uterinas.

Control prenatal de la distensión uterina

La distensión mecánica del útero, activa la producción de citocinas y prostaglandinas, por tanto es muy importante controlar oportunamente a mujeres con gestación multifetal y/o con polihidramnios para prevenir un parto prematuro.

El incremento de embarazos de alto riesgo por Diabetes mellitus han incrementado los embarazos con polihidramnios. El mecanismo responsable del polihidramnios aún no está claro. Se cree que la hiperglucemia fetal con poliuria incrementaría la osmolaridad del líquido amniótico, lo cual resultaría en una transferencia neta de agua desde el feto a la cavidad amniótica, por tanto es muy importante tener esto en cuenta durante el control prenatal de las mujeres con padecimientos metabólicos.

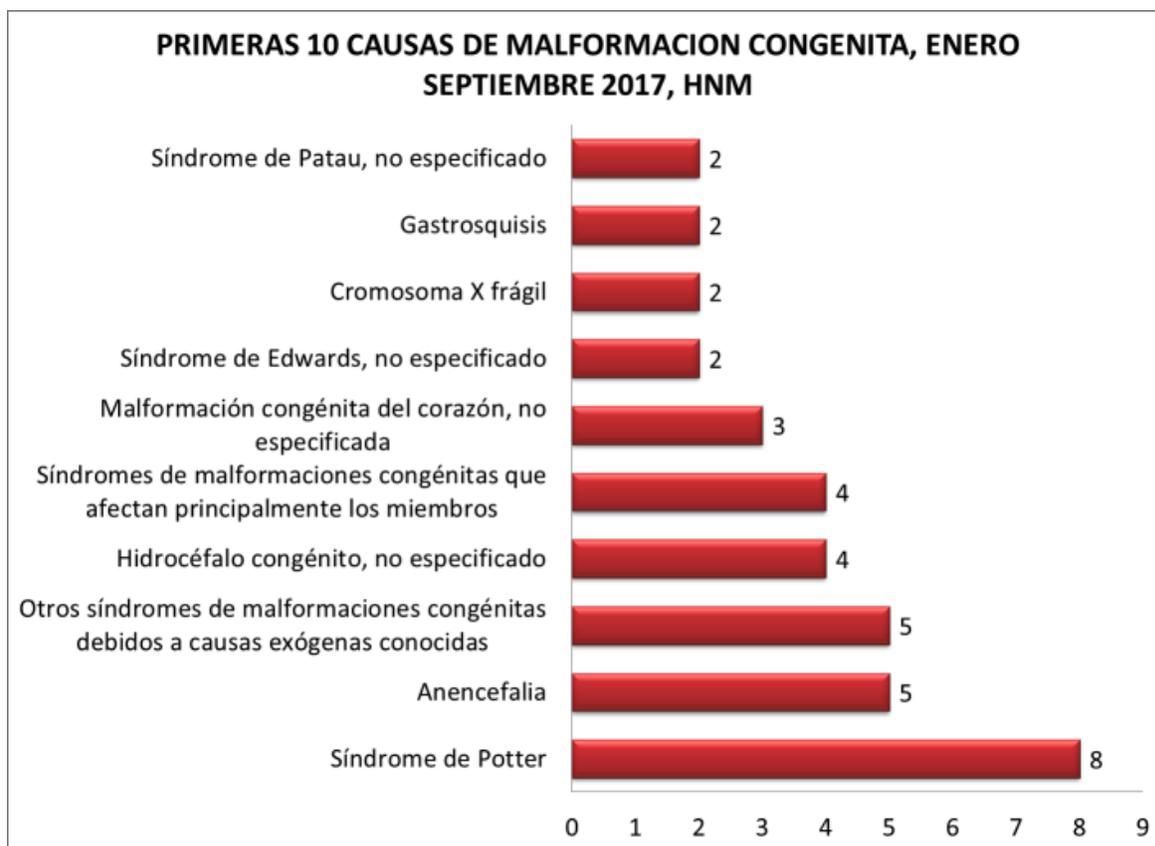
ANOMALÍAS CONGÉNITAS

Además de la prematuridad y bajo peso como una de las principales causas de muerte neonatal, se tiene también la sepsis y las malformaciones congénitas que en su mayor proporción son incompatibles con la vida (Gráfico 17).

Las malformaciones congénitas en su mayoría son detectables conforme aumenta la edad gestacional y el peso fetal, no obstante, en el caso de las anomalías congénitas

del sistema nervioso central, pudiesen prevenirse con el uso del ácido fólico durante la edad reproductiva desde el periodo preconcepcional en la mujer y durante el embarazo, lo cual debería ser una intervención de atención primaria fundamental en las comunidades.

GRAFICO 17

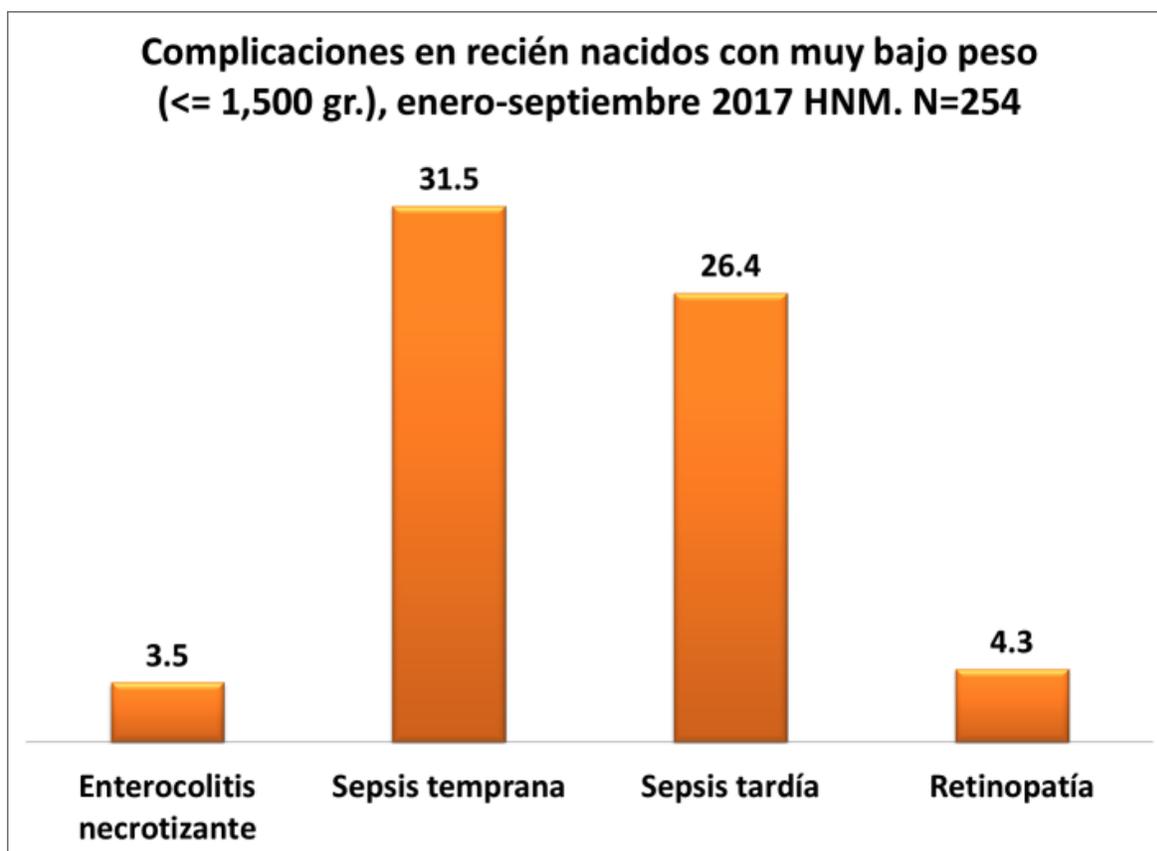


Otras complicaciones en recién nacidos con muy bajo peso al nacer.

La principal complicación durante el período fue la **sepsis temprana (32%) (GRAFICO 19)**, seguida de la sepsis tardía (26%). Las infecciones maternas se transmiten al embrión y feto por Infección ascendente de la vagina por el cuello uterino al líquido amniótico, o por la propagación hematogena como resultado de la viremia materna, la bacteriemia o la parasitemia. Cuando las infecciones se contraen por la vía ascendente, los microorganismos, pueden causar con mayor frecuencia, cambios inflamatorios en el amnios y corion (corioamnionitis) y pueden conducir a rotura prematura de las membranas y parto de pretérmino. A menudo, la neumonía fetal ocurrirá como resultado de la entrada del líquido amniótico infectado en los pulmones.

En las infecciones difundidas vía hematógica, generalmente infecciones vírales, la placenta está a menudo infectada resultando en deciduitis e infección placentaria (villitis). La enterocolitis necrotizante y la retinopatía descendieron a 3.5% y 4.3% respectivamente durante el período.

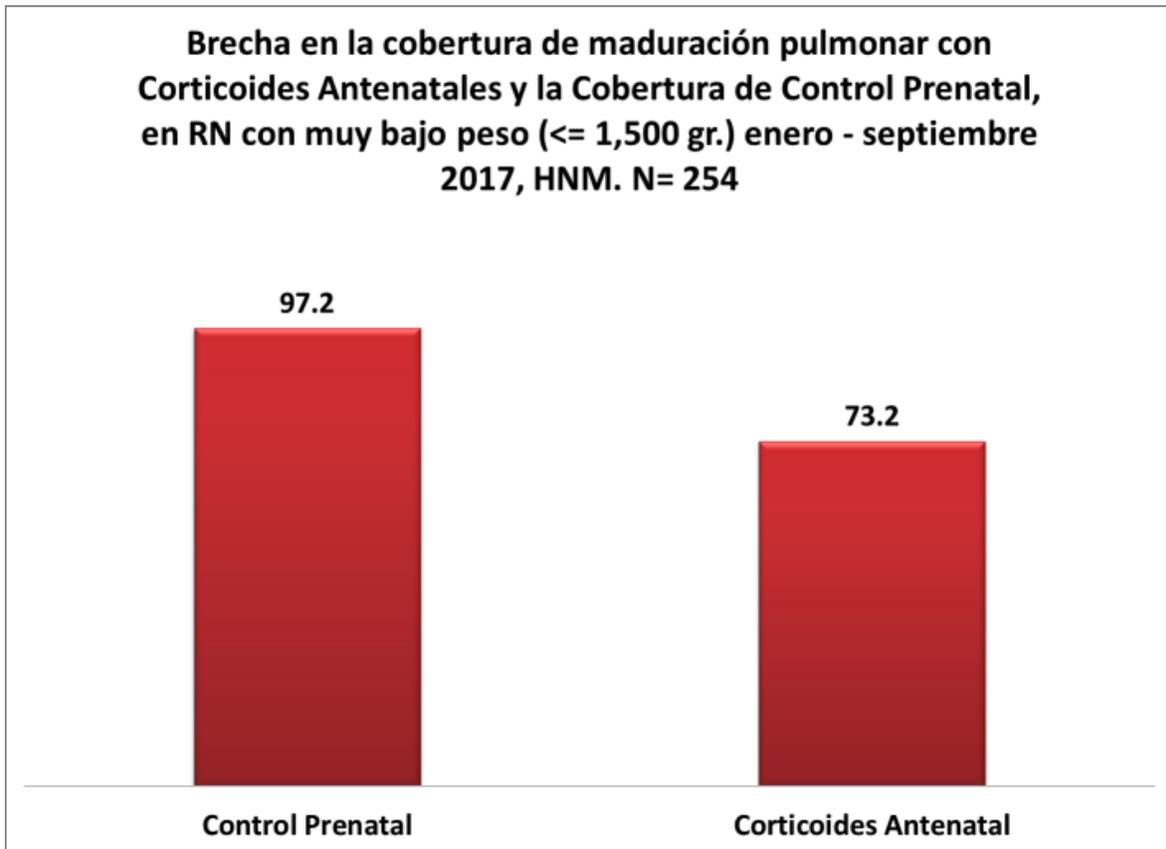
GRAFICO 19



Prevención del distres respiratorio de los recién nacidos

No obstante, que la cobertura de control prenatal a nivel nacional es de 97.2% en las madres que tuvieron niños con menos de 1,500 gramos, la protección con corticoides antenatales fue de 73.2%, lo cual representa un determinante de complicaciones respiratorias en los recién nacidos de madres entre las 24 y 34 semanas de embarazo, principalmente bajo condiciones de riesgo socio ambiental (estrés materno fetal e infecciones). (GRAFICO 20).

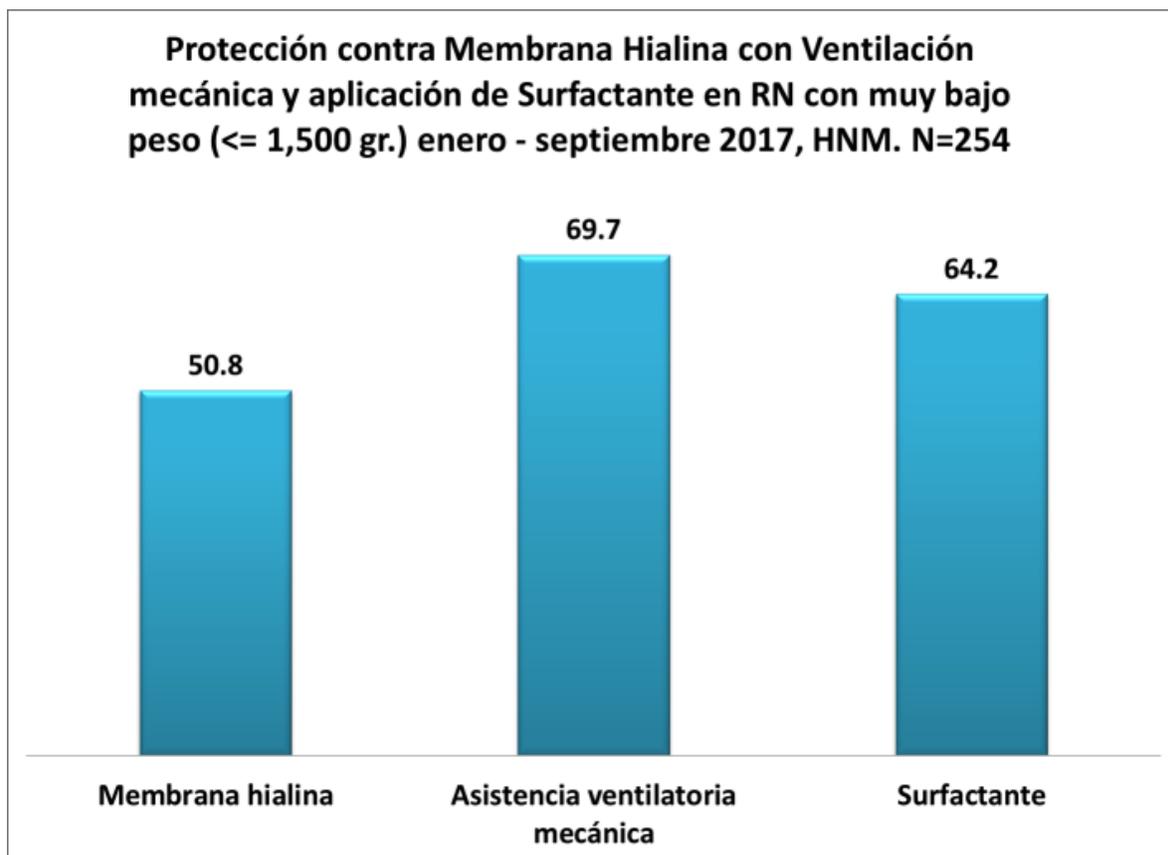
GRAFICO 20



Protección contra la Membrana Hialina como complicación letal en el recién nacido.

Situación diferente a la oportunidad de los corticoides antenatales para prevenir complicaciones pulmonares en el recién nacido desde el primer nivel de atención, se puede observar en la cobertura hospitalaria de surfactante y ventilación mecánica sobre los casos reportados de membrana hialina, los cual determina la sobrevida de recién nacidos con prematuridad (GRAFICO 21).

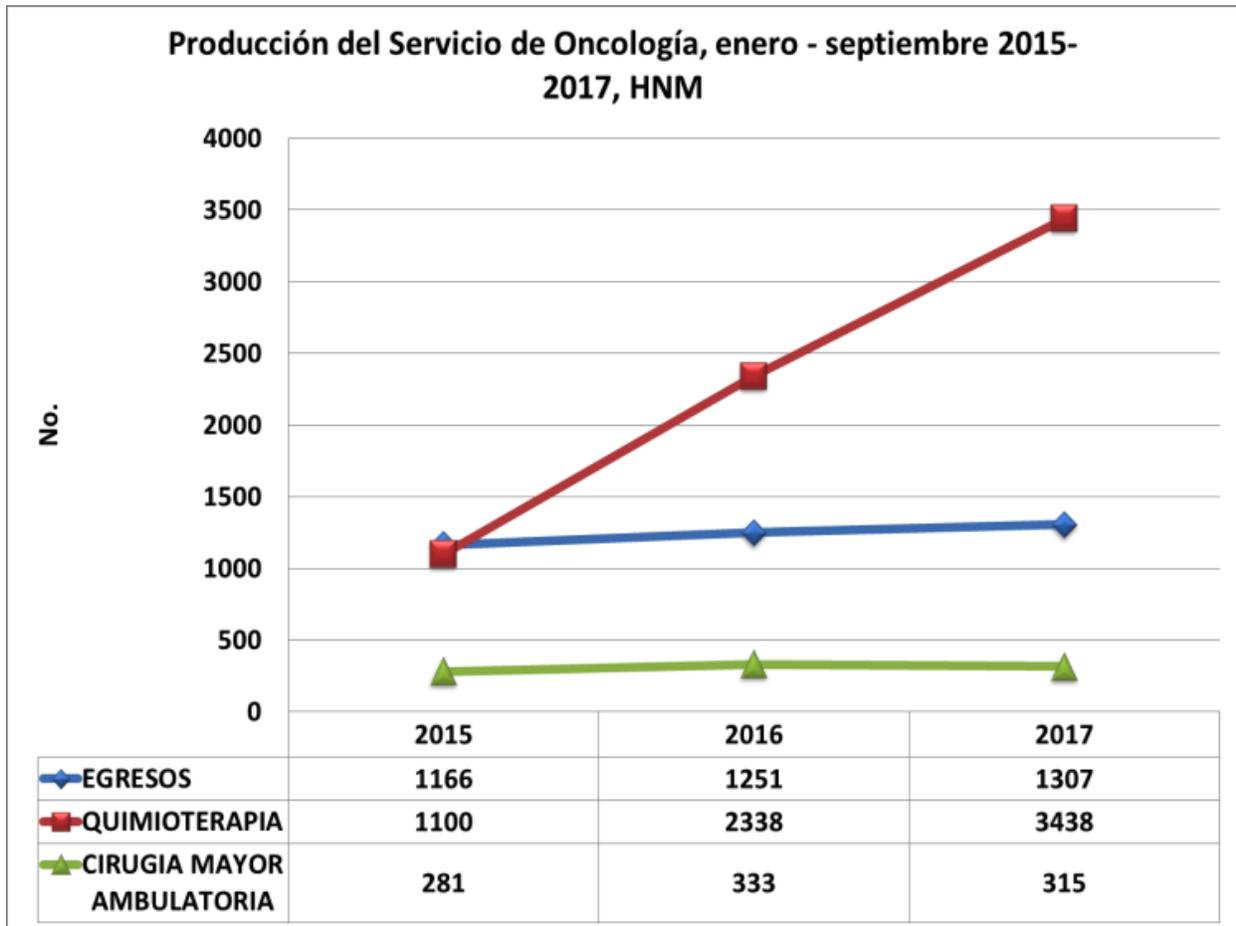
GRAFICO 21



1.3 ATENCION ONCOLOGICA

En el servicio de oncología se totalizaron 1,306 egresos y las primeras 4 causas fueron los tumores malignos: en la mama en primer lugar (603), en ovario en segundo lugar (265), en cuello uterino (206) en tercer lugar y en endometrio (117) en cuarto lugar, no obstante la letalidad por cáncer se ha mantenido en 1.5 % considerando que se han incrementado los servicios de atención paliativa de casos terminales para satisfacer las necesidades y preferencias de los familiares que optan por mantener a sus parientes bajo el cuidado hospitalario, hasta su fallecimiento.

Gráfico 22



El incremento de la detección temprana del cáncer, principalmente el de seno, en diferentes etapas o estadios, determina las alternativas de tratamiento para las personas. Según la Sociedad Americana del Cáncer, la cirugía es el tratamiento principal para el cáncer de seno en etapa I. Si el tumor mide más de 1 cm de ancho (alrededor de 1/2 pulgada), a veces se necesita la quimioterapia adyuvante. La terapia sistémica se recomienda en mujeres con cáncer de seno en etapa II. Algunas terapias sistémicas se administran antes de la cirugía (terapia neoadyuvante), y otras se dan después de la cirugía (terapia adyuvante).

A septiembre de 2017 se han incrementado gradualmente las hospitalizaciones en el servicio de Oncología (GRAFICO 23), incluyendo los tratamientos quirúrgicos, no obstante la tendencia de la quimioterapia ha tenido un comportamiento mucho más pronunciado en sus tendencias anuales (GRAFICO 22) debido principalmente al incremento de la **demanda por personas con manejo de quimio y radioterapia y a**

la utilización de quimioterapia de segunda y tercera línea con objetivos paliativos.

GRAFICO 23

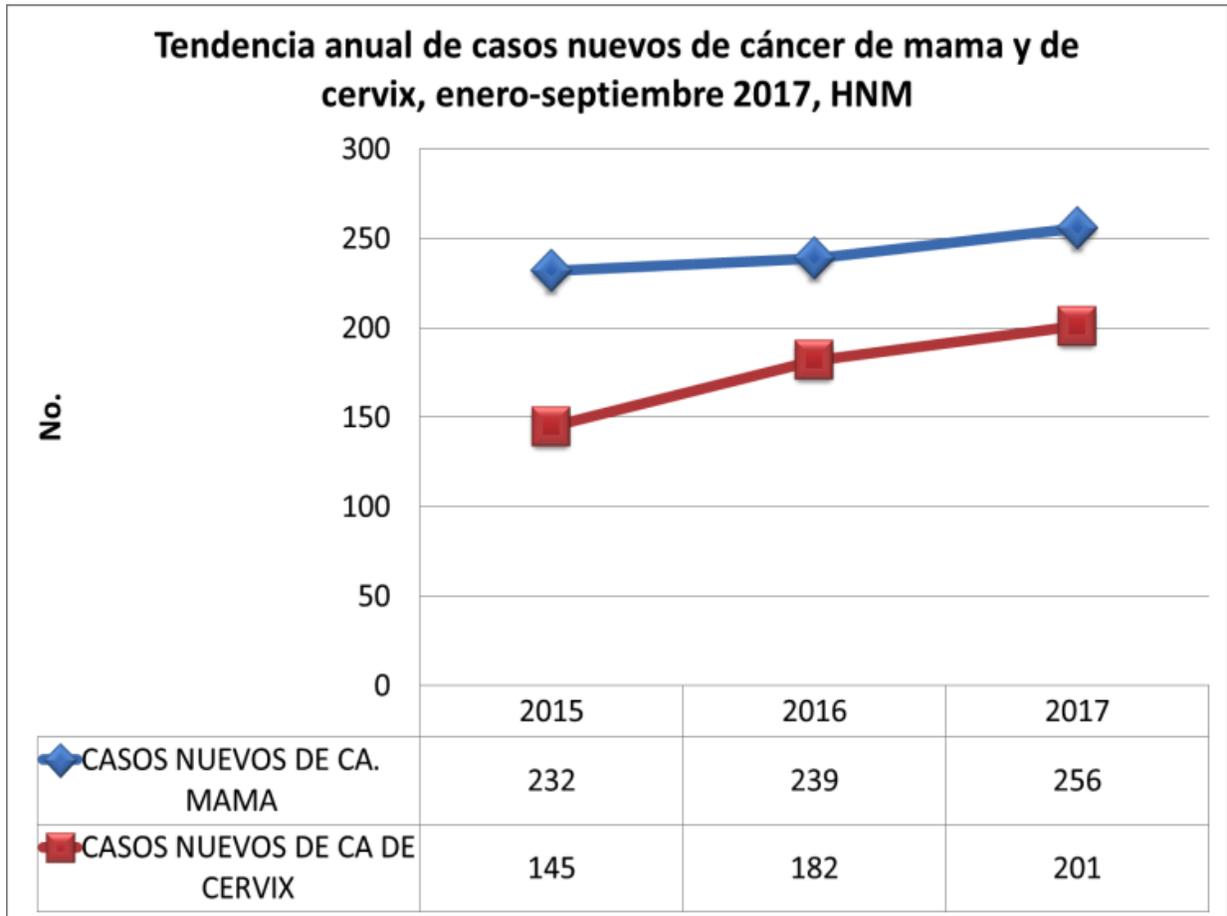


TABLA VIII

Indicadores y variables	Ca. de Mama		Ca. de Cervix	
	2016	2017	2016	2017
Muertes	7	12	3	4
Egresos	618	603	111	206
Letalidad	1.13%	1.99%	2.70%	1.94%

A septiembre de 2017, la letalidad por egreso de cancer de seno ha incrementado a diferencia de cancer de cervix que ha presentado una reducción.

“Una situación crucial en la evolución de los casos de cáncer es la disponibilidad oportuna de los medicamentos ya que esto determina el impacto en la progresión de la enfermedad, así como la oportunidad de poder coadyuvar el tratamiento con cirugía de forma oportuna y resolutive.”

1.4 GESTION CLINICA MATERNO INFANTIL EN RIISS

El balance de los resultados institucionales del hospital a septiembre 2017 nos muestra que se han obtenido avances en la reducción de la razón de mortalidad materna, no así en la tasa de mortalidad infantil por las complicaciones perinatales, principalmente la inmadurez extrema, la prematuridad y las malformaciones congénitas.

Como país, a pesar de los resultados alcanzados en la reducción de la mortalidad infantil en el último decenio, persiste el desafío de reducir las muertes infantiles prevenibles. El incremento sustancial de la fuerza laboral con la conformación de los Equipos Comunitarios de Salud familiar y de los Equipos de Salud Especializados para atender a la población de las comunidades más vulnerables del país, así como la contratación de personal especializado para mejorar la calidad de la atención en los hospitales, redujo significativamente la mortalidad materna y en menor grado la mortalidad infantil durante el quinquenio anterior.

La gratuidad de los servicios permitió el acceso a población altamente vulnerable procedente de las comunidades más pobres, mejorándose la protección financiera de la población, el avance hacia la ampliación del acceso y la cobertura con la reducción de gasto de bolsillo en los hogares, principalmente los más pobres.

Se destacó la existencia de compromisos mundiales para trabajar sobre el tema de la salud de la mujer, la niñez y la adolescencia, tales como los Objetivos de Desarrollo del Milenio 4 y 5, una promesa renovada⁵ (mortalidad neonatal); la Estrategia y Plan de acción para la salud integral en la niñez; Plan del recién nacido y la reducción de la prematuridad como la principal causa de mortalidad por medio de una atención preconcepcional y del control prenatal de alta calidad en el territorio nacional por medio del primer nivel de atención.

La salud materna e infantil es, en principio, un tema de equidad que bajo la estrategia de Atención Primaria de Salud Integral constituye el núcleo del sistema de salud del país, el cual forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad.

En el contexto político y socio económico de El Salvador y bajo la situación fiscal y de segmentación de los mecanismos de financiamiento público en salud, con limitantes en

la sustentabilidad para la provisión de asistencia sanitaria esencial a un costo que en resumidas cuentas no ha sido suficientemente asequible para la comunidad y el país y que por tanto no ha permitido el desarrollo de un sistema de salud basado en la APS, principalmente en lo concerniente a la sustentabilidad como atributo sustantivo de la APS renovada desde Alma Ata.

Es importante reconocer las pautas de integración de los fondos de aseguramiento del Instituto de Bienestar Magisterial con 27 hospitales nacionales para compensar los costos de atención a sus beneficiarios y coadyuvar en el financiamiento público de nuestros hospitales. Esta pauta real de reforma es un llamado a la integración formal de las diferentes fuentes sectoriales del Sistema Nacional de Salud (ISSS, FOSALUD) para avanzar, desde una perspectiva económica sustentable, a un modelo de sinergia e integración del Sistema Nacional de Salud.

Los gerentes de servicios de salud están obligados a adaptarse a los constantes cambios y “reformas” en el entorno; cambios de origen multifactorial que determinan que solo los servicios con gerencia flexible y adaptable podrán desempeñarse con niveles aceptables de eficiencia.

Al momento, bajo la **perspectiva expansiva y óptima de la calidad**, es pertinente retomar recomendaciones dignas de reiterar, para acelerar el proceso de mejora de la supervivencia infantil y maternidad segura a 2019, y que se destacan a continuación:

1. Elevar al más alto nivel de coordinación técnica intersectorial (los temas de mortalidad materna e infantil y el embarazo en adolescentes por su carácter multicausal).
2. Avanzar en la integración de las diferentes fuentes financieras del sector salud para mejorar la apuesta a la reducción de la mortalidad infantil, principalmente en los servicios de perinatología y neonatología de las maternidades a nivel nacional.
3. Mejorar la educación superior y el régimen de formación de médicos internos y residentes en función de la seguridad de las personas usuarias de los servicios de salud, bajo principios científicos y bioéticos robustos.
4. Empoderar y educar a las mujeres, sus familias y comunidades para vivir saludablemente, decidir y controlar sus procesos de procreación y tomar decisiones oportunas en relación al uso de los servicios de salud preconceptionales, planificación familiar, control prenatal, la atención hospitalaria del parto, los cuidados puerperales y del recién nacido.
5. Incrementar la educación para la salud en la familia para mejorar las practicas

de autocuidado y ser sujetos de transformación y resiliencia desde el hogar.

6. Distribución comunitaria de métodos anticonceptivos, con énfasis en los métodos de larga duración y de métodos permanentes en los hospitales garantizando la oferta básica de métodos anticonceptivos en todas las redes integrales e integradas de servicios de salud (RIISS).
7. Fortalecer el proceso de supervisión capacitante en el ejercicio directo de atención a las personas para mejorar la calidad de las competencias en los cuidados obstétricos y perinatales que debe ejercer el personal operativo desde los niveles más especializados en las maternidades como en el segundo y primer nivel de atención.
8. Mejorar el enfoque de los sistemas de la calidad en la atención integral principalmente en la evaluación concurrente en servicio de la dimensión de la seguridad del paciente, principalmente a nivel hospitalario.
9. Insistir en la eficacia, el acceso, la eficiencia y la efectividad del control prenatal con enfoque en el bienestar fetal y materno.
10. Garantizar la atención del parto por especialistas (obstetras y pediatras neonatólogos) y suficiente personal de enfermería, de anestesia y de laboratorio y la provisión de sangre segura, las 24 horas, los 365 días del año.
11. Sensibilizar sobre el enfoque de derechos y la determinación social de la salud al personal técnico de salud que atiende directamente a las mujeres en los momentos preconcepcional, prenatal y puerperal, a fin de que se sientan comprometidos (as) con las personas usuarias y su condición social.
12. Garantizar la atención esencial del recién nacido y la reanimación neonatal, por medio de personal especializado en pediatría/neonatología.
13. Impulsar la lactancia materna exclusiva como la forma de alimentación por excelencia en los menores de 6 meses y enfatizar sobre la importancia vital de aplicarla estrictamente en recién nacidos prematuros o de bajo peso.
14. Ampliación progresiva, a todo el país y en todas las instituciones del Sector salud, de acciones de promoción, prevención, diagnóstico temprano, tratamiento oportuno y rehabilitación de las enfermedades crónicas no transmisibles, con un enfoque operativo en el curso de vida.
15. Incrementar en todas las instituciones del sector salud las acciones de identificación de las conductas y factores de riesgo en la población y la detección temprana de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) para su abordaje integral.
16. El MINSAL cuenta con un considerable número de Promotores de Salud, a quienes se debe definir con claridad qué responsabilidades deben tener para que trabajen articuladamente con las enfermeras y médicos de los equipos de salud y con los líderes comunitarios. Por la naturaleza de su ámbito de trabajo,

ellos son los recursos idóneos para empujar la Promoción de la Salud y la inclusión de la salud en todas las acciones comunitarias en el territorio.

17. Implementar las mejores prácticas de salud comunitaria con la divulgación de experiencias de éxito en la prevención de la prematurez en áreas urbanas y rurales, así como en intervenciones eficaces especializadas de atención materna y neonatal en hospitales.
18. En relación a las infecciones de vías urinarias en la mujer es muy importante brindar consejería sobre la importancia de una alimentación, con fibras, frutas y vegetales que permita un patrón defecatorio adecuado, para garantizar la higiene de los genitales desde las primeras horas del día, así como la promoción de la higiene en las relaciones sexuales para evitar la contaminación fecal de los genitales y la bacteriuria por coliformes.
19. Por su parte el sistema sanitario debe estar preparado cuando la promoción y la prevención fallan. En el caso de la salud neonatal, cuando la vida comienza, actualmente la principal causa es la prematurez y esta, a su vez, está fuertemente asociada a las infecciones de vías urinarias, y por tanto se debe enfocar en la calidad de la atención prenatal que es cuando se tiene la oportunidad de prevenir, sin dejar de considerar el efecto de la determinación social de estos problemas ya que el estrés materno y fetal están directamente relacionados con la inmadurez extrema y la prematurez tanto en las áreas rurales como urbanas.
20. Desarrollar un modelo más integral de auditoría de muerte infantil que trascienda del enfoque biomédico y que incluya variables socio ambientales del binomio madre bebé, para aplicar el enfoque de determinación social de la morbimortalidad materna e infantil.
21. Potenciar el uso de la ficha familiar y dispensarización del 100% de las embarazadas en los territorios urbanos y rurales para mejorar la atención integral con enfoque de determinación social.
22. Para mejorar la prevención de la prematurez es importante revisar los protocolos de tratamiento de la Amenaza de Parto Prematuro y prevención del distres respiratorio con tecnologías sanitarias (tocolíticos, esteroides antenatales) más eficaces para mejorar la calidad de atención de las madres y sus recién nacidos.
23. En el ámbito hospitalario se deben crear las condiciones para la atención (por parte de personal calificado) de niñas y niños durante su nacimiento y las requeridas para su atención hospitalaria en caso presenten problemas de salud, incluyendo capacidad instalada de laboratorio clínico, rayos X y otros según la complejidad de los hospitales. En todo caso, es deseable que exista una efectiva articulación entre obstetras y pediatras/neonatólogos durante el trabajo de parto y el nacimiento.

24. Es importante fortalecer el sistema de registro de las anomalías congénitas y su investigación científica, pues representa la segunda causa de muerte infantil.
25. El método madre canguro es la intervención sanitaria crítica y específica para manejar a los niños prematuros o con bajo peso al nacer, por lo que el personal de salud debe estar debidamente capacitado para educar a las madres sobre cómo aplicarla en caso se presente la necesidad.

1.5 DESEMPEÑO EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS

RESUMEN CUMPLIMIENTO DE METAS ENERO-SEPTIEMBRE 2017			
Productos/Actividades	Programadas	Realizadas	%
Servicios finales	131,634.00	129,229.00	98%
Emergencias	17,397.00	18,527.00	106%
Consulta Externa Médica	74,484.00	76,340.00	102%
Egresos Hospitalarios	16,020.00	14,168.00	88%
Partos	6,588.00	6,139.00	93%
Cirugía Mayor	7,110.00	6,386.00	90%
Medicina Crítica	10,035.00	7,669.00	76%
Servicios Intermedios	488,904.00	401,087.00	82%
Servicios Generales	359,226.00	720,208.00	200%

SISTEMA DE PROGRAMACION, MONITOREO Y EVALUACION DE ACTIVIDADES HOSPITALARIAS (SPME)			
Actividades	ENERO SEPTIEMBRE 2017		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Servicios Finales	131,634	129,229	98%
Consulta Externa Médica (Ambulatoria)	74,484	76,340	102%
Especialidades	46,692	48,505	104%
Especialidades Básicas	13,194	12,528	95%
Medicina Interna	1,044	1,008	97%
Cirugía General	495	361	73%
Ginecología	11,250	10,857	97%
Psiquiatría	405	302	75%
Sub especialidades	33,498	35,977	107%
Sub Especialidades de Medicina Interna	6,957	6,568	94%
Cardiología	1,872	2,215	118%
Endocrinología	2,997	2,710	90%
Infectología	369	351	95%
Nefrología	369	312	85%
Neumología	1,350	980	73%
Sub Especialidades de Cirugía	2,754	1,978	72%
Anestesiología / Algología	2,160	1,433	66%
Urología	594	545	92%
Sub Especialidades de Pediatría	963	597	62%
Infectología	369	91	25%
Neonatología	594	506	85%
Sub Especialidades de Ginecología	15,669	16,314	104%
Clínica de Mamas	5,022	4,611	92%
Infertilidad	4,869	4,253	87%
Oncología	5,778	7,450	129%
Sub Especialidades de Obstetricia	7,155	10,520	147%
Detección de Embarazo de Alto Riesgo	1,908	152	8%
Embarazo de Alto Riesgo	4,500	9,651	214%
Genética Perinatal	747	717	96%

SISTEMA DE PROGRAMACION, MONITOREO Y EVALUACION DE ACTIVIDADES HOSPITALARIAS (SPME)			
Actividades	ENERO SEPTIEMBRE 2017		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Consulta Externa Médica de Emergencia	17,397	18,527	106%
De Medicina Interna	225	223	99%
Oncología	225	223	99%
De Gineco-Obstetricia	10,872	10,877	100%
Ginecología	1,125	1,162	103%
Obstetricia	9,747	9,715	100%
Otras Atenciones Consulta Emergencia	6,300	7,427	118%
Selección	6,300	7,427	118%
Otras Atenciones Consulta Externa Médica	26,298	26,574	101%
Colposcopia	13,500	14,619	108%
Nutrición	1,494	1,251	84%
Planificación Familiar	972	1,120	115%
Psicología	585	494	84%
Selección	9,747	9,090	93%
Consulta Externa Odontológica	1494	1261	84%
Odontológica de primera vez	558	503	90%
Odontológica subsecuente	936	758	81%

SISTEMA DE PROGRAMACION, MONITOREO Y EVALUACION DE ACTIVIDADES HOSPITALARIAS (SPME)			
Actividades	ENERO SEPTIEMBRE 2017		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Servicios Finales	39,753	34,362	86%
Egresos Hospitalarios	16,020	14,168	88%
Especialidades Básicas	1008	981	97%
Ginecología	783	825	105%
Obstetricia	225	156	69%
Sub Especialidades	15,012	13,187	88%
Sub Especialidad de Medicina Interna	702	640	91%
Infectología / Aislamiento	702	640	91%
Sub Especialidades de Pediatría	3456	3707	107%
Cirugía Pediátrica	9	0	0%
Neonatología	3,447	3,707	108%
Sub Especialidades de Ginecología	1,215	1,294	107%
Oncología	1,215	1,294	107%
Sub Especialidades de Obstetricia	9,639	7,546	78%
Cirugía Obstétrica	2,250	2,037	91%
Patología del Embarazo (Perinatología)	1,314	1,446	110%
Puerperio	6,075	4,063	67%
Partos	6,588	6,139	93%
Partos vaginales	3,969	3,889	98%
Partos por Cesáreas	2,619	2,250	86%
Cirugía Mayor	7,110	6,386	90%
Electivas para Hospitalización	2,772	3,359	121%
Electivas Ambulatorias	594	602	101%
De Emergencia para Hospitalización	3,672	2,311	63%
De Emergencia Ambulatoria	72	114	158%
Medicina Crítica	10,035	7,669	76%
Unidad de Emergencia	3,816	2,693	71%
Admisiones	2,169	1,543	71%
Transferencias	1,647	1,150	70%
Unidad de Máxima Urgencia	1,494	1,373	92%
Admisiones	747	702	94%
Transferencias	747	671	90%
Unidad de Cuidados Intensivos e Intermedios	4,725	3,603	76%
Admisiones	1,575	1,155	73%
Transferencias	3,150	2,448	78%

SISTEMA DE PROGRAMACION, MONITOREO Y EVALUACION DE ACTIVIDADES HOSPITALARIAS (SPME)			
Actividades	ENERO SEPTIEMBRE 2017		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Servicios Intermedios	733,356	566,324	77%
Diagnostico I	329,148	294,985	90%
Imagenología	67401	57624	85%
Fluoroscopias	225	155	69%
Radiografías	32,994	29,397	89%
Ultrasonografías	29,682	23,855	80%
Mamografías Diagnósticas	1,800	1,807	100%
Mamografías de Tamisaje	2,700	2,410	89%
Anatomía Patológica	16,551	14,109	85%
Citologías Cérvico Vaginales Leídas	5,760	5442	94%
Biopsias Cuello Uterino	2,835	1,732	61%
Biopsias Mama	1,350	1,390	103%
Biopsias Otras partes del cuerpo	6,606	5,545	84%
Otros Procedimientos Diagnósticos	3591	6830	190%
Colposcopias	972	4,150	427%
Ecocardiogramas	819	897	110%
Electrocardiogramas	1,800	1,783	99%
Tratamiento y Rehabilitación	215,064	193,725	90%
Cirugía Menor	4,725	3,311	70%
Conos Loop	567	501	88%
Crioterapias	900	618	69%
Fisioterapia (Total de sesiones brindadas)	10,800	10,026	93%
Inhaloterapias	2,997	3,933	131%
Receta Dispensada de Consulta Ambulatoria	37,809	35,994	95%
Recetas Dispensadas de Hospitalización	149,994	135,341	90%
Terapias Respiratorias	7,272	4,001	55%
Trabajo Social	26,541	22,697	86%
Casos Atendidos	26,541	22,697	86%

SISTEMA DE PROGRAMACION, MONITOREO Y EVALUACION DE ACTIVIDADES HOSPITALARIAS (SPME)			
Actividades	ENERO SEPTIEMBRE 2017		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Diagnostico II	404,208	271,339	67%
Laboratorio Clínico y Banco de Sangre	404,208	271,339	67%
Hematología	96,363	84,227	87%
Consulta Externa	10,431	13,834	133%
Hospitalización	66,132	52,752	80%
Emergencia	16,929	14,667	87%
Referido / Otros	2,871	2,974	104%
Inmunología	23,022	18,321	80%
Consulta Externa	6,093	3,226	53%
Hospitalización	11,997	10,386	87%
Emergencia	3,096	2,399	77%
Referido / Otros	1,836	2,310	126%
Bacteriología	22,635	14,556	64%
Consulta Externa	2,169	1,389	64%
Hospitalización	17,199	10,997	64%
Emergencia	2,331	1,556	67%
Referido / Otros	936	614	66%
Parasitología	2,223	923	42%
Consulta Externa	1,080	583	54%
Hospitalización	396	224	57%
Emergencia	702	83	12%
Referido / Otros	45	33	73%
Bioquímica	143,118	93,041	65%
Consulta Externa	22,671	11,922	53%
Hospitalización	84,834	55,376	65%
Emergencia	23,481	16,760	71%
Referido / Otros	12,132	8,983	74%
Banco de Sangre	103,788	47,486	46%
Consulta Externa	27,747	14,682	53%
Hospitalización	68,319	24,119	35%
Emergencia	4,050	6,632	164%
Referido / Otros	3,672	2,053	56%
Urianálisis	13,059	12,785	98%
Consulta Externa	4,680	3,780	81%
Hospitalización	4,743	4,643	98%
Emergencia	3,519	4,215	120%
Referido / Otros	117	147	126%

SISTEMA DE PROGRAMACION, MONITOREO Y EVALUACION DE ACTIVIDADES HOSPITALARIAS (SPME)			
Actividades	ENERO SEPTIEMBRE 2017		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Servicios Generales	538,839	1,022,532	190%
Alimentación y Dietas	130,428	289,294	222%
Hospitalización	130,428	289,294	222%
Medicina	1,242	3,037	245%
Ginecología	1,836	3,763	205%
Obstetricia	9,567	16,658	174%
Pediatría	0	31,288	ND
Neonatología	117,783	234,548	199%
Lavandería	379,467	710,505	187%
Hospitalización	348,687	658,612	189%
Medicina	15,309	37,083	242%
Ginecología	52,857	125,913	238%
Obstetricia	204,111	324,737	159%
Neonatología	76,410	170,879	224%
Consulta	14940	11886	80%
Consulta Médica Especializada	14,940	11,886	80%
Emergencias	15,840	40,007	253%
Emergencias	15,840	40,007	253%
Mantenimiento Preventivo	450	300	67%
Números de Orden	450	300	67%
Transporte	28,494	22,433	79%
Kilómetros Recorridos	28,494	22,433	79%

EVALUACION DE LA GESTION ENERO-SEPTIEMBRE POA 2017									
No.	Objetivo, Resultados, Actividades	Meta anual	Indicador	Medio de Verificación	Responsables	ENERO SEPTIEMBRE			INTERPRETACION Y ANALISIS COMPLEMENTAR
						Prog.	Realiz.	%	
1	Objetivo : Fundamentar las bases para un hospital propio de tercer nivel en la atención especializada a la mujer y al recién nacido .								
1.1	RESULTADO: Evaluación concurrente de la atención especializada a la mujer y al recién nacido								
1.1.1	Análisis de situación de la demanda hospitalaria de tercer nivel	1	No.	POA 2017	Dirección / U. Planificación	1	1	100%	Las principales causas de egreso siguen siendo principalmente el "Embarazo, parto y puerperio", "Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal" y los "Tumores (neoplasias)"
1.1.2	Análisis de la oferta y capacidad instalada de tercer nivel en el hospital.	1	No.	POA 2017	Dirección / U. Planificación	1	1	100%	
1.1.3	Implementar Sala Situacional de Salud	12	No.	Informes	U. epidemiología	9	9	100%	
1.1.4	Evaluación de resultados y cumplimiento de metas durante 2017.	4	No.	Informe trimestral	Dirección / Comité Médico Asesor	3	3	100%	Las metas de Servicios Generales han sido rebasadas en la tendencia de demanda, por las necesidades actuales de mantenimiento de la infraestructura y servicios básicos para el funcionamiento del
1.1.4.1	Brindar Consulta ambulatoria especializada	99,312	%	SPME	Jefe de Consulta Externa	74,484	76,340	102%	
1.1.4.2	Brindar consulta de emergencia especializada	23196	%	SPME	Jefe de Emergencia	17,397	18,527	106%	

1.1.4.3	Brindar servicios especializados de hospitalización	40176	%	SPME	Jefe de la División Médica	16,020	14,168	88%	hospital 24/7, (agua potable, calderas, lavandería, energía iluminación, equipo esterilización)
1.1.4.4	Brindar servicios de apoyo diagnóstico y rehabilitación	977808	%	SPME	Jefe de División de Diagnóstico y Apoyo	488,904	401,087	82%	
1.1.4.5	Brindar servicios de apoyo logístico y mantenimiento (Servicios Generales)	718452	%	SPME	Jefe de División Administrativa	359,226	720,208	200%	
1.1.5	Apertura Programática de tercer nivel de atención y programación de metas para 2018.	1	No.	SPME	U. Planificación	1	1	100%	

EVALUACION DE LA GESTION ENERO-SEPTIEMBRE POA 2017									
No.	Objetivo, Resultados, Actividades	Meta anual	Indicador	Medio de Verificación	Responsables	ENERO SEPTIEMBRE			INTERPRETACION Y ANALISIS COMPLEMENTARIO
						Prog.	Realiz.	%	
2	Objetivo : Brindar un manejo integral a la mujer y al recién nacido para contribuir a reducir la mortalidad materna y neonatal.								
2.1	RESULTADO: Maternidad segura con atención especializada a la mujer embarazada								
2.1.1	Brindar atenciones especializadas en salud reproductiva	9540	%	SPME	U. de Planificación	7,155	10,520	150%	Se ha cubierto el total de la demanda programada. Bajo la perspectiva de Cuidados Respetuosos y humanización de la atención, se ha mejorado la atención del parto, disminuyendo la proporción de cesáreas y de recién nacidos con sufrimiento fetal por causas obstétricas. Destacan en el servicio de perinatología las mujeres embarazadas con obesidad mórbida y otros padecimientos crónicos (cardiopatías, diabetes y enfermedad renal)
2.1.2	Atención prenatal especializada a embarazos de alto riesgo.	80-100%	%	SPME	U. de Planificación	4,500	9,651	214%	
2.1.3	Atención especializada de perinatología	80-100%	%	SPME	U. de Planificación	1,314	1,446	110%	
2.1.4	Atención especializada del parto	80-100%	%	SPME	U. de Planificación	6,588	6,139	93%	

2.1.5	Atención especializada de puerperio	80-100%	%	SPME	U. de Planificación	6,075	4,063	67%	La atención especializada en puerperio incluye la producción de cirugía obstétrica.
2.1.6	Monitoreo de la morbilidad obstétrica extrema	100%	% de mujeres en cuidados críticos	Registro de MOE	Unidad de Epidemiología/U. De Planificación	100%	100%	100%	A Septiembre de 2017 se ha mantenido la reducción de la razón de mortalidad materna en 52% y la tendencia mensual mostró descensos en el No. de muertes en 7 de los 9 meses evaluados mostrando una reducción acumulada de 55% en el número de muertes maternas en relación al año 2016. La demanda espontánea y la referencia pertinente de mujeres con cuadros graves de morbilidad obstétrica, presentaron una tendencia ascendente durante los 9 meses, no obstante se logró resolver una demanda asistencial de muchos casos de alta letalidad ginecoobstétrica y evitar muertes maternas lográndose mantener en "0" casos durante 5 de los 9 meses
2.1.7	Monitoreo mensual de la muerte materna	12	No.	SIMMOW	Unidad de Epidemiología/U. De Planificación	9	9	100%	
2.2	RESULTADO: Supervivencia neonatal con atención especializada a los recién nacidos								

2.2.1	Atención especializada a recién nacidos	80-100%	% de atenciones hospitalarias a recién nacidos	SPME	U. Planificación	3,447	3,707	108%	<p>La tasa de mortalidad neonatal a septiembre 2016 (21 x 1000NV)) y 2017 (22 por 1000 NV) incrementa levemente comparada con el 2016, sin embargo no ha tenido una tendencia uniforme manteniéndose sobre una tasa de 20 por 1000 NV durante los 6 de los 9 meses de 2017 con unos picos de elevación en los meses de mayo y septiembre y teniendo una notable disminución en el mes de junio. El comportamiento de las tasas de mortalidad neonatal que observamos en los meses de mayo y septiembre fueron los mismos incrementos de las tasas de recién nacidos con muy bajo peso (<1,500 gr.) La carencia de recurso humano especializado para mejorar la calidad de la cobertura de cunas es una limitante en las dimensiones de la oportunidad, eficacia y seguridad en el cuidado de los recién nacidos.</p>
2.2.2	Monitoreo de la prematuridad y sus complicaciones	12	% de variación	Informes	Depto. Neonatología	9	9	100%	
2.2.3	Monitoreo de las muertes perinatales y neonatales	12	% de variación	Informes	Depto. Neonatología	9	9	100%	

2.2.4	Implementar Cunero de Transición en servicio de Puerperio	20%	% de variación egresos de neonatología	Informes	Depto. Neonatología	20%	20%	100%	Se tiene propuesta elaborada, pendiente de implementar, por falta de 8 horas médico neonatólogo en Servicio de Puerperio y 24 horas enfermera para funcionar.
2.2.5	Referir recién nacidos para programa madre canguro a nivel nacional	100%	%	Informes	Depto. Neonatología	396	343	87%	No obstante la producción de lo programado se ha logrado con éxito, es importante recalcar que esto ha sido a costa de esfuerzos extraordinarios por parte del personal del servicio de Neonatología. Tal situación, eventualmente genera ausentismos por sobrecarga laboral y agotamiento. La carencia de recurso humano especializado para mejorar la calidad de la cobertura de cunas es una limitante en las dimensiones de la oportunidad, eficacia y seguridad en el cuidado de los recién nacidos. Por otra parte es importante considerar que el factor externo de desempeño de la gestión clínica materno infantil en la red desde el
2.2.6	Implementar programa de humanización de la atención al prematuro basado en el Programa de Evaluación y Cuidado Individualizado del Desarrollo del Recién Nacido	12	% de variación estancia hospitalaria por Unidad de Servicio de Neonatología	Informes	Depto. Neonatología	9	9	100%	
2.2.7	Atención especializada en Cuidados Intensivos del recién nacido	50-80%	% de Ocupación	Informes	Depto. Neonatología	80	76	95%	

									primero y segundo nivel de atención desde la atención preconcepcional y prenatal es un determinante de la demanda de los cuidados especializados en el tercer nivel y por tanto se debe avanzar en la calidad de la atención de salud reproductiva, de acuerdo a lo establecido en las políticas y lineamientos pertinentes.
2.2.9	Atención especializada en Cuidados Mínimos del recién nacido	50-80%	% de Ocupación	Informes	Depto. Neonatología	80	94	118%	La demanda sobrepasa la capacidad del servicio, la relación de enfermera por paciente es inadecuada, el 45% de la demanda corresponde a transferencias del servicio de Cuidados Intermedios.
2.2.8	Atención especializada en Cuidados Intermedios del recién nacido	50-80%	% de Ocupación	Informes	Depto. Neonatología	80	75	94%	

2.2.10	Implementar programa de cirugía neonatal	100%	% de casos detectados Programa Patología Fetal	Informes	Depto. Neonatología	100%	100%	100%	Al período se han realizado 22 intervenciones quirúrgicas:
--------	--	------	---	----------	---------------------	------	------	------	--

EVALUACION DE LA GESTION ENERO-SEPTIEMBRE POA 2017									
No.	Objetivo, Resultados, Actividades	Meta anual	Indicador	Medio de Verificación	Responsables	ENERO SEPTIEMBRE			INTERPRETACION Y ANALISIS COMPLEMENTARIO
						Prog.	Realiz.	%	
3	Objetivo: Disminuir la letalidad por tumores y neoplasias en las mujeres								
3.1	Resultado: Mujeres con mayor expectativa y calidad de vida ante padecimiento de tumores y neoplasias								
3.1.1	Brindar atenciones para la búsqueda activa de casos con tumores y neoplasias en consulta externa	100%	%	SPME	Médico encargado del programa	5,778	7,450	129%	En el servicio de oncología se totalizaron 1,306 egresos y las primeras 4 causas fueron los tumores malignos: en la mama en primer lugar (603), en ovario en segundo lugar (265), en cuello uterino (206) en tercer lugar y en endometrio (117) en cuarto lugar no obstante la letalidad por cáncer se ha mantenido en 1.5% considerando que se han incrementado la detección activa de casos, las atenciones inmediatas y los servicios de atención paliativa de casos terminales para satisfacer las necesidades y preferencias de los familiares que optan por mantener a sus parientes bajo el cuidado hospitalario, hasta su fallecimiento.
3.1.2	Brindar tratamiento quirúrgico y quimioterapia a personas con diagnóstico de cáncer	100%	%	SPME	Médico encargado del programa	1,215	1,294	107%	
3.1.3	Brindar cuidados paliativos a personas en servicios de Algología	100%	%	Registros	Médico encargado del programa	2,160	1,433	66%	

4.1.6	Coordinar con la unidad de investigación la elaboración de los trabajos de investigación de los médicos residentes de tercer año en las diferentes especializaciones.	11	%	Protocolos de investigación	Medicos encargado de investigación y la unidad de investigación	9	9	100%	Ya se completó la meta durante el semestre, entrando en la fase de ejecución y finalización hasta la presentación de los resultados para graduación.
5	Objetivo: Respeto irrestricto a los derechos humanos de los trabajadores del Hospital Nacional de la Mujer								
5.1	Resultado: Personal del hospital satisfecho con el clima laboral	No.	1	Informes	Unidad de Organizativa de la Calidad	1	0.87	87%	
5.1.2	Implementar estrategias para la dotación, administración, desarrollo y bienestar laboral efectivo del personal del hospital	No.	1	Informes	Dirección /Consejo Estratégico de Gestión	1	1	100%	Implementación de agasajos para personal de servicios generales, enfermería, miembros del sindicato, personal médico, día de la madre, día del padre.
5.1.2	Velar por el mantenimiento de un ambiente laboral satisfactorio que motive e induzca al personal a desarrollar sus funciones con eficiencia	No.	4	Informes	Unidad de Organizativa de la Calidad	1	1	100%	Implementación de conferencias sobre Cambio Organizacional, Inteligencia Emocional y manejo del estrés y clima laboral.
5.1.3	Realizar un diagnostico de las necesidades de capacitación institucional	No.	1	Informes	Unidad de Organizativa de la Calidad	1	1	100%	Consolidación de la Ficha de Necesidades de Capacitación de la UDP, realizado durante el primer trimestre.
5.1.4	Evaluación del desempeño de personal del hospital	No.	2	Informes	Unidad de Recursos Humanos	1	1	100%	Realización del 100% de evaluaciones de personal del primer semestre de 2017