

MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN NACIONAL DE HOSPITALES
HOSPITAL NACIONAL DE LA MUJER
"DRA. MARÍA ISABEL RODRÍGUEZ".

HOSPITAL
NACIONAL DE
LA MUJER



Informe de Resultados de enero a junio 2021

San Salvador, agosto de 2021

Elaborado por: Dr. José Manuel Beza	Autorizado por: Dr. René Mauricio Arevalo Mata
--	---

(Handwritten signatures and blue circular official stamps are present over the table content.)

Tabla de contenido

INTRODUCCION	5
I RESULTADOS	6
MORTALIDAD MATERNA.....	9
MORBIMORTALIDAD INFANTIL	11
SUPERVIVENCIA INFANTIL Y DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO	16
OFTALMOLOGÍA Y RETINOPATÍA DEL PREMATURO	18
TAMIZAJE AUDITIVO.....	21
ULTRASONOGRAFÍA TRANSFONTANELAR.	21
II. MORBILIDAD MATERNA ASOCIADA A LA MORTINATALIDAD.	22
COVID 19 Y COMORBILIDADES.....	24
III. CAUSAS DE MORTALIDAD NEONATAL	25
LA PREMATUREZ COMO PRIORIDAD DE SALUD PÚBLICA	27
FACTORES DE PROTECCIÓN PARA PREVENIR LA PREMATUREZ	28
MANEJO DEL BINOMIO MADRE-BEBÉ EN LA ERA COVID-19.....	30
IV. ATENCION ONCOLOGICA	31
ATENCIÓN DEL CÁNCER DURANTE LA PANDEMIA COVID-19	33
V. DESEMPEÑO EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS	35
VI. ACTIVIDADES DE GESTION	44

INTRODUCCION

Para 2021 a nivel global se está dando una tercera oleada de casos de COVID 19 con cambios en la patogenicidad del virus que deberán ser consideradas para el mantenimiento de las medidas de control, incluyendo la cobertura de vacunación para la población como una estrategia medular de la atención preventiva a nivel nacional.

Se sabe que el riesgo de enfermar gravemente tras infectarse por SARS-CoV-2 es mayor en personas mayores y en aquellas con afecciones de salud subyacentes. Conocer la cantidad de individuos con mayor riesgo de padecer la COVID19 con síntomas graves puede fundamentar el diseño de estrategias de protección, manejo y cuidado de las afecciones crónicas, así como orientar la distribución de vacunas. (OMS).

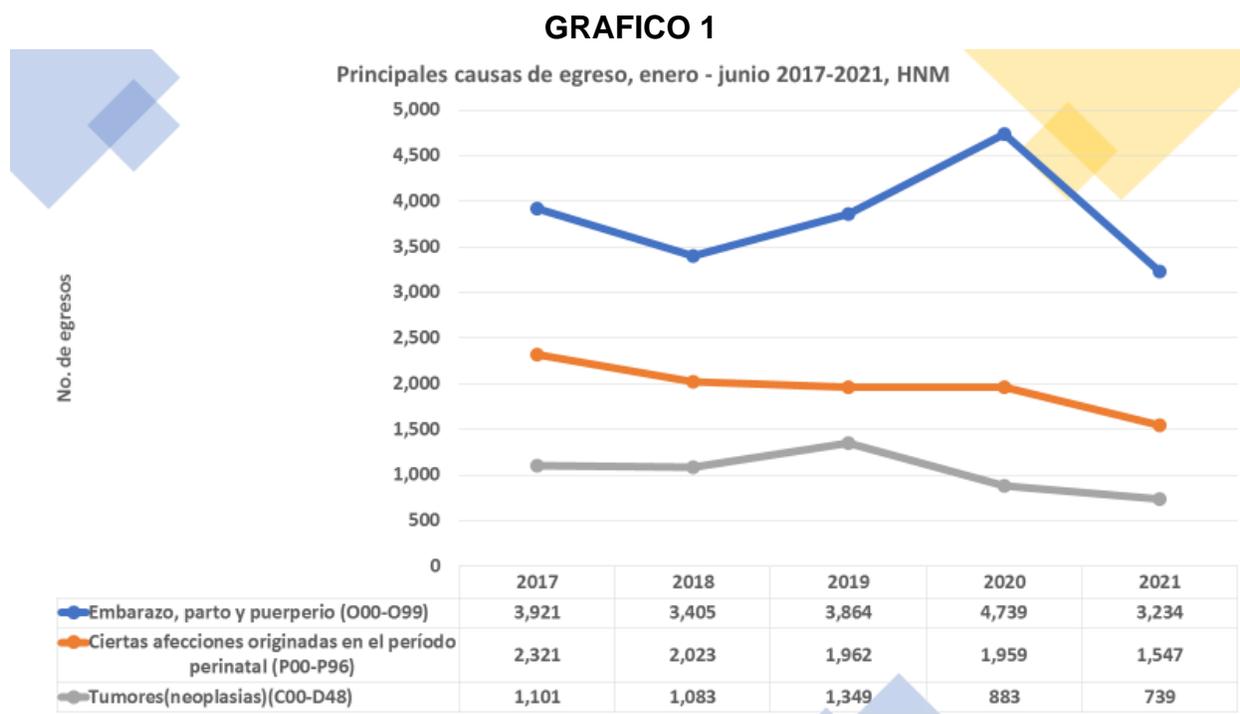
En el contexto global de los determinantes de la demanda asistencial, en materia de salud pública, uno de los factores relevantes es la atención preventiva, que con la promoción y la educación para la salud permiten a la población permanecer libres de problemas de salud, que son, a su vez, efecto de múltiples factores y cuya inercia determina la atención de recuperación y rehabilitación en los establecimientos de los diferentes niveles de atención y principalmente en la red hospitalaria.

Con la Pandemia desde el inicio de 2020, la atención preventiva se redujo a nivel nacional en 39% en relación con 2019 y para el primer semestre de 2021 la tendencia descendente muestra una recuperación de 34% con relación al mismo periodo de 2020. La mayoría de las atenciones preventivas por ciclos de vida han presentado variaciones positivas con un incremento de 24% en el total de inscripciones, excepto en la inscripción de los menores de 1 año con una variación de -3%. En la detección precoz del cáncer (Citología, Próstata, IVAA y VPH.) la producción se incrementó en 93% y el examen de mama en 77%. (SIMMOW. Atención preventiva. Resumen. Enero – Junio, 2020-2021).

En general la tendencia de la morbimortalidad ha mostrado efectos negativos en cuanto al incremento del número de muertes tanto en los hogares (10%) como en los hospitales de MINSAL (7%) durante el período de enero a junio de 2021. (Fuente: SIMMOW, Estadísticas Vitales, Defunciones enero - junio 2020-2021)

I RESULTADOS

Durante 2021 se ha visto una reducción en las hospitalizaciones por las principales causas de egreso que, para el período de enero a junio, a 2021 siguen siendo principalmente el "Embarazo, parto y puerperio" (3,234 egresos), "Ciertas afecciones originadas en el período perinatal" (1,547 egresos) ambos con variaciones relacionadas con la tendencia de embarazos que han disminuido para 2021. Los "Tumores (neoplasias)" (739 egresos), que, se han reducido en relación con 2020 (883) cuando aún no se había declarado la situación de pandemia y no había restricciones de acceso a los servicios.

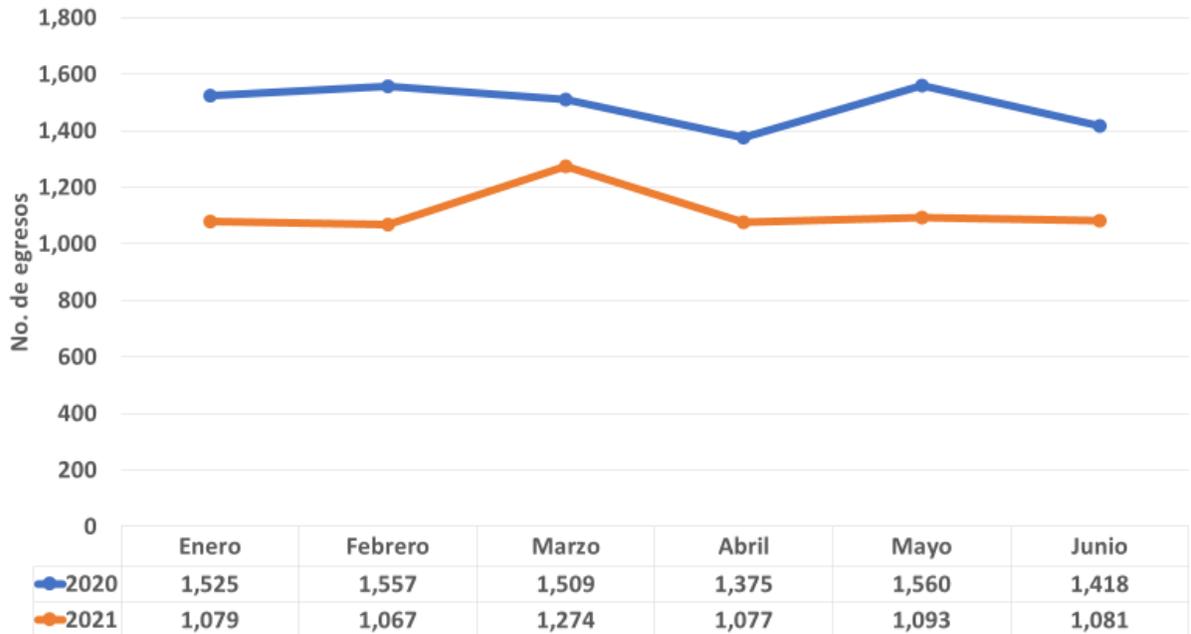


Fuente: SIMMOW-, Atención hospitalaria, enero-junio 2017-2021

Al revisar la tendencia mensual de egresos de enero a junio de los años 2020 y 2021 a nivel nacional, en el GRAFICO 2 se puede observar una brecha que se redujo en marzo y abril pero que ha evolucionado al incremento en mayo y junio con tendencia a la reducción para los próximos meses a expensas de un incremento esperado de la demanda a partir del mes de agosto si se da una tercera oleada de casos de COVID 19 y otras comorbilidades crónicas en la mujer a nivel nacional.

GRAFICO 2

TENDENCIA MENSUAL DE EGRESOS ENERO-JUNIO 2021



Fuente: SIMMOW- Atención hospitalaria MINSAL, enero-marzo 2020-2021

En ambos gráficos destaca la reducción en las hospitalizaciones durante 2021 con relación a 2020.

TABLA 1
Lista de Morbilidad por Capítulos

No.	Grupo de causas	Total					
		Muertes	Egresos	Tasa	Tasa	Tasa	Días
				Egreso	Letalidad	Mortalidad	Estancia
1	Embarazo, parto y puerperio (O00-O99)	5	3,244	47.95	0.15	0.07	10,880
2	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal (P00-P96)	73	1,547	22.87	4.72	1.08	19,372
3	Tumores (neoplasias)(C00-D48)	24	739	10.92	3.25	0.35	2,108
4	Enfermedades del sistema genitourinario (N00-N99)	1	302	4.46	0.33	0.01	824
5	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicos (E00-E90)	0	139	2.05	0	0	302
6	Enfermedades del sistema circulatorio (I00-I99)	1	127	1.88	0.79	0.01	418
7	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	1	115	1.7	0.87	0.01	429
8	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (Q00-Q99)	29	95	1.4	30.53	0.43	614
9	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99)	16	92	1.36	17.39	0.24	1,451
10	Código de propósitos especiales (U00-U97) (COVID 19)	3	89	1.32	3.37	0.04	500
	Demás causas	4	192	0	0	0.06	756
	2021	157	6,681	98.75	0	2.32	37,654
	2020	136	8,944	132.2	1.5%	2.01	45,350
	Variación en relación a 2020	15%	-25%	-25%	55%	15%	-17%

Fuente: SIMMOW- Atención hospitalaria, enero-junio 2021

Según la tabla 1 se puede observar un incremento de 15% en el número de muertes y una reducción de -25% en el total de egresos con -17% en los días de estancia en relación con el año 2020.

MORTALIDAD MATERNA

A nivel institucional, MINSAL reporta una reducción de 8 muertes maternas en relación con el período de enero a junio de 2020 (de 26 a 18 muertes maternas)

En el Hospital ocurrieron 8 muertes maternas, 5 menos que en 2020, con un promedio mayor que los años previos de 2017 a 2019 (Gráfico 3). Según la Tabla 2: una muerte ocurrió en el mes de enero y 2 en el mes de marzo, 2 en el mes de abril, 1 muerte en mayo y 2 en junio. De las 8 muertes, 5 ocurrieron antes de las 48 horas por cuadros graves de hemorragia, preeclampsia severa, coagulación intravascular diseminada, y sepsis.

Por procedencia 4 del área rural y 4 del área urbana: San Salvador 3, Sonsonate 2, Chalatenango 1, Cabañas 1 y una en La Libertad.

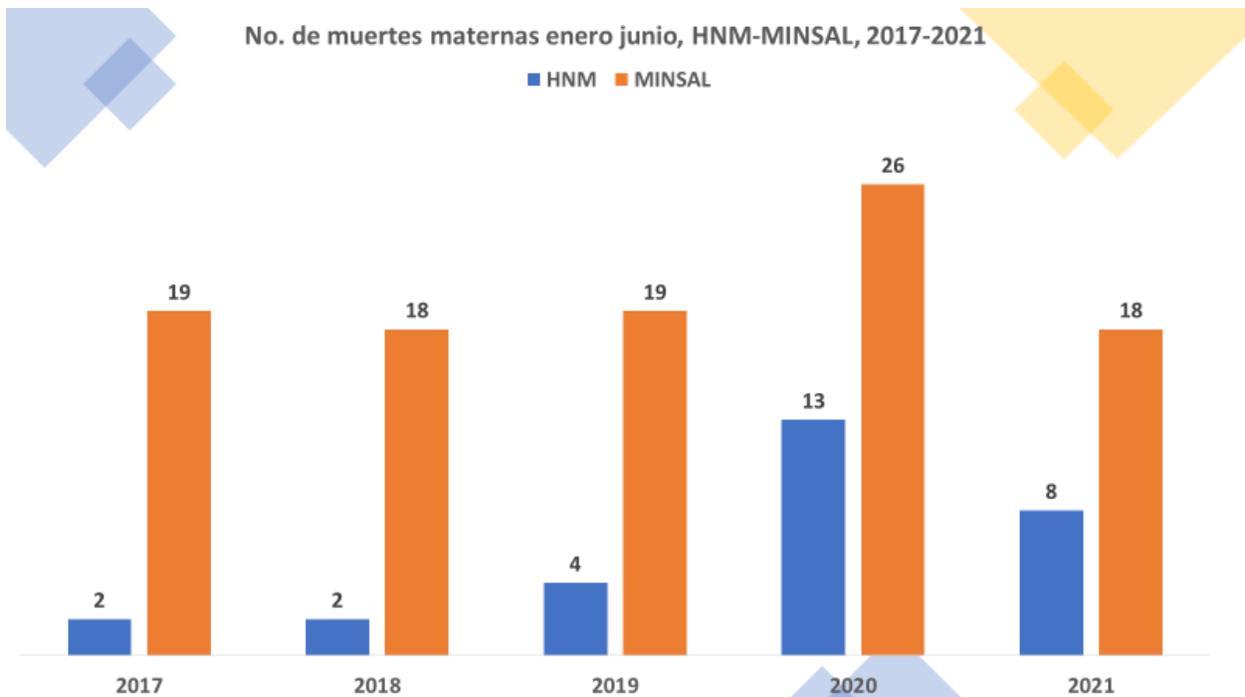
Por edades: fallecieron una adolescente de 16 años, 2 de 20 a 24 años, 3 de 25 a 29 años y 2 de 30 a 35 años.

De las 4 mujeres que murieron en las primeras 24 horas 2 eran procedentes del área urbana y 2 del área rural. El riesgo de complicaciones del embarazo principalmente por la demora comunitaria, el acceso geográfico y las condiciones de traslado bajo estados de emergencia como ha sido en la pandemia por Coronavirus, es mayor en las mujeres que viven en condiciones de hacinamiento, ausencia de servicios básicos, baja escolaridad, pobreza y las barreras geográficas, económicas y culturales. (TABLA 2)

TABLA 2

MUERTES MATERNAS ENERO JUNIO 2021						
No.	Fecha de defunción	edad	Servicio de procedencia	Area de residencia	Días de estancia	Diagnóstico Principal
1	19/01/2021	27	EMERGENCIA	U	1	O72.2 - Hemorragia postparto secundaria o tardía
2	16/03/2021	28	INFECTOLOGIA	U	21	J18.9 - Neumonía, no especificada
3	10/03/2021	35	OBSTETRICIA	R	2	O01.9 - Mola hidatiforme, no especificada
4	01/04/2021	24	INFECTOLOGIA	U	6	O72.1 - Otras hemorragias postparto inmediatas
5	20/04/2021	25	CIRUG.OBSTETRIC	U	1	O14.1 - Preeclampsia severa
6	29/05/2021	21	CIRUG.OBSTETRIC	R	1	D65 - Coagulación intravascular diseminada [síndrome de desfibrinación]
7	07/06/2021	16	OBSTETRICIA	R	6	O01.9 - Mola hidatiforme, no especificada
8	30/06/2021	31	INFECTOLOGIA	R	1	A41.9 - Sepsis no especificada

Fuente: SIMMOW- Defunciones maternas, enero-junio 2021

GRAFICO 3

Fuente: SIMMOW-, defunciones maternas, enero-junio 2017-2021

MORBIMORTALIDAD INFANTIL

La focalización agregada en la situación de la pandemia por Covid 19 agrega riesgos biopsicosociales a la condición del peso fetal al nacer y la edad gestacional, dado que se requieren sobreesfuerzos en la prevención y protección con un trabajo más integrado y sinérgico con el primer nivel de atención y el personal comunitario, para asegurar el bienestar fetal y materno, por medio de la continuidad de las intervenciones materno-infantiles. En relación con 2020 el total de muertes neonatales (de 94 a 112) y la tasa de mortalidad incrementaron en 19% (de 1.39 a 1.66), y los egresos y la estancia hospitalaria disminuyeron en -20% y -12% respectivamente. (Tabla 3).

TABLA 3

Lista de Morbilidad por Capítulos por Sexo						
Servicio: NEONATOLOGIA						
	Grupo de causas	Muertes	Egresos	Letalidad	Mortalidad	Estancia
1	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal (P00-P96)	73	1,546	4.72	1.08	19,371
2	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (Q00-Q99)	29	77	37.66	0.43	569
3	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99)	10	21	47.62	0.15	1,050
4	Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud (Z00-Z99)	0	15	0	0	142
5	Enfermedades del sistema nervioso (G00-G99)	0	3	0	0	60
6	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte (R00-R99)	0	1	0	0	9
7	Tumores(neoplasias)(C00-D48)	0	1	0	0	3
	Demás causas	0	0	0	0	0
	2021	112	1,664	6.7%	1.66	21,204
	2020	94	2091	4.5%	1.39	24155
	Variación 2021 en relación con 2020	19%	-20%	50%	19%	-12%

Fuente: SIMMOW- Atención hospitalaria, enero - junio 2020-2021

En general el 71% de las muertes hospitalarias corresponden a recién nacidos, 46% (73) por afecciones originadas en el período perinatal, 18% (29) por malformaciones

congénitas y 6% por ciertas enfermedades infecciosas (10)

En todo el quinquenio de 2017 a 2021, comparando el resultado de 2021, la mortalidad infantil en el hospital ha variado gradualmente cada año: incrementó 61% relación con 2017, 26% en relación con 2018, 6% en relación con 2019, con incremento de 68% en relación con 2020 con una variación promedio al alza de 40% en el transcurso de los 5 años. (Tabla 4).

TABLA 4

Tendencia de tasas y variaciones de mortalidad infantil enero-junio 2017-2021					
HNM	2017	2018	2019	2020	2021
T.M. MORTALIDAD INFANTIL	22.6	28.8	34.1	21.6	36.3
Años comparados	2021-2017	2021-2018	2021-2019	2021-2020	
Variación	61%	26%	6%	68%	

Fuente: Elaboración Propia, Defunciones en menores de 5 años SIMMOW enero - junio 2020-2021

Es importante considerar que de 2020 a 2021 el número de muertes neonatales e infantiles aumentaron en 6% (de 86 a 91) y 18% (de 95 a 112) respectivamente, el número de nacidos vivos disminuyó en 30% (de 4,395 en 2020 a 3.082 en 2021), en consecuencia, las tasas de mortalidad neonatal e infantil por mil nacidos vivos incrementaron en 51% (de 19.6 a 29.5) y 68% (de 21.6 a 36.3) respectivamente (TABLA 5).

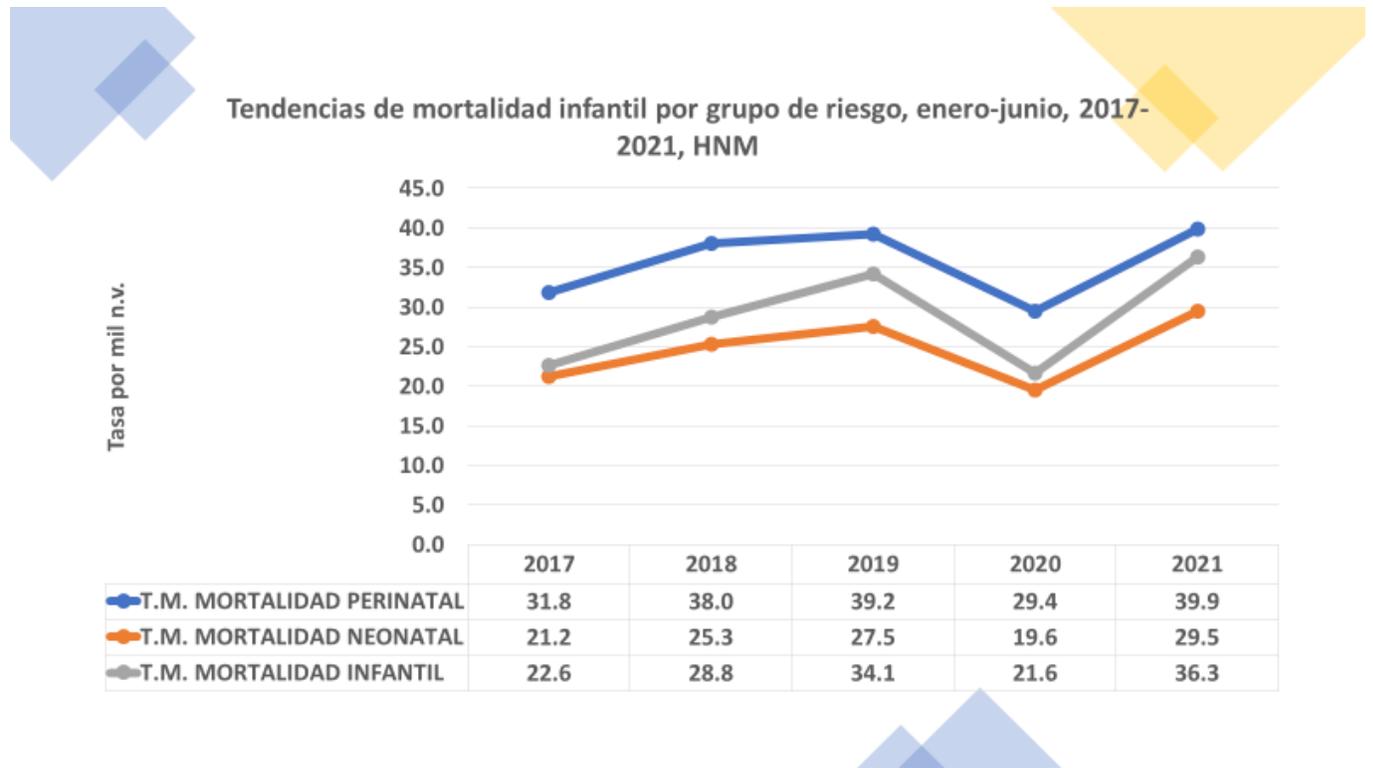
TABLA 5

HNM	No. DE MUERTES, NACIMIENTOS Y TASAS DE MORTALIDAD DE ENERO A JUNIO 2017-2021					VARIACION ANUAL 21-20
	2017	2018	2019	2020	2021	21-20
Muertes Neonatales	88	89	96	86	91	6%
Muertes Infantiles	94	101	119	95	112	18%
Nacidos vivos	4,152	3,512	3,485	4,395	3,082	-30%
T.M. MORTALIDAD NEONATAL	21.2	25.3	27.5	19.6	29.5	51%
T.M. MORTALIDAD INFANTIL	22.6	28.8	34.1	21.6	36.3	68%

Fuente: SIMMOW, Defunciones enero junio Hospital Nacional de la Mujer "Dra. María Isabel Rodríguez" 2017-2021

Como resultados de impacto, en el gráfico 4, se incluyen las tasas de mortalidad calculadas con los datos acumulados de enero a junio de 2017 a 2021, con el fin de analizar el comportamiento de la tendencia de los indicadores. La tendencia quinquenal de las tasas de mortalidad por los grupos de riesgo en el hospital presenta un repunte en el año 2021 en relación con 2020, muy similar a la tendencia de 2018 y 2019.

Gráfico 4



Fuente: SIMMOW-Consultas>Más>Defunciones>Fetal/Menor 5 años, enero-junio 2017-2021

TABLA 6

MINSAL	No. DE MUERTES DE ENERO A JUNIO 2017-2021					VARIACION ANUAL 21-20
	2017	2018	2019	2020	2021	21-20
M. Neonatal	221	253	220	206	190	-8%
M. Infantil	364	374	396	318	326	3%
m. Menor de 5 años	417	416	451	359	372	4%
Nacido vivo	33,014	32,809	30,934	30,487	25,712	-16%
T.M. MORTALIDAD NEONATAL	6.7	7.7	7.1	6.8	7.4	9%
T.M. MORTALIDAD INFANTIL	11.0	11.4	12.8	10.4	12.7	22%
T.M. MORTALIDAD < 5 a.	12.6	12.7	14.6	11.8	14.5	23%

Fuente: SIMMOW, Defunciones enero-junio Nivel Central, Ministerio de Salud 2017-2021

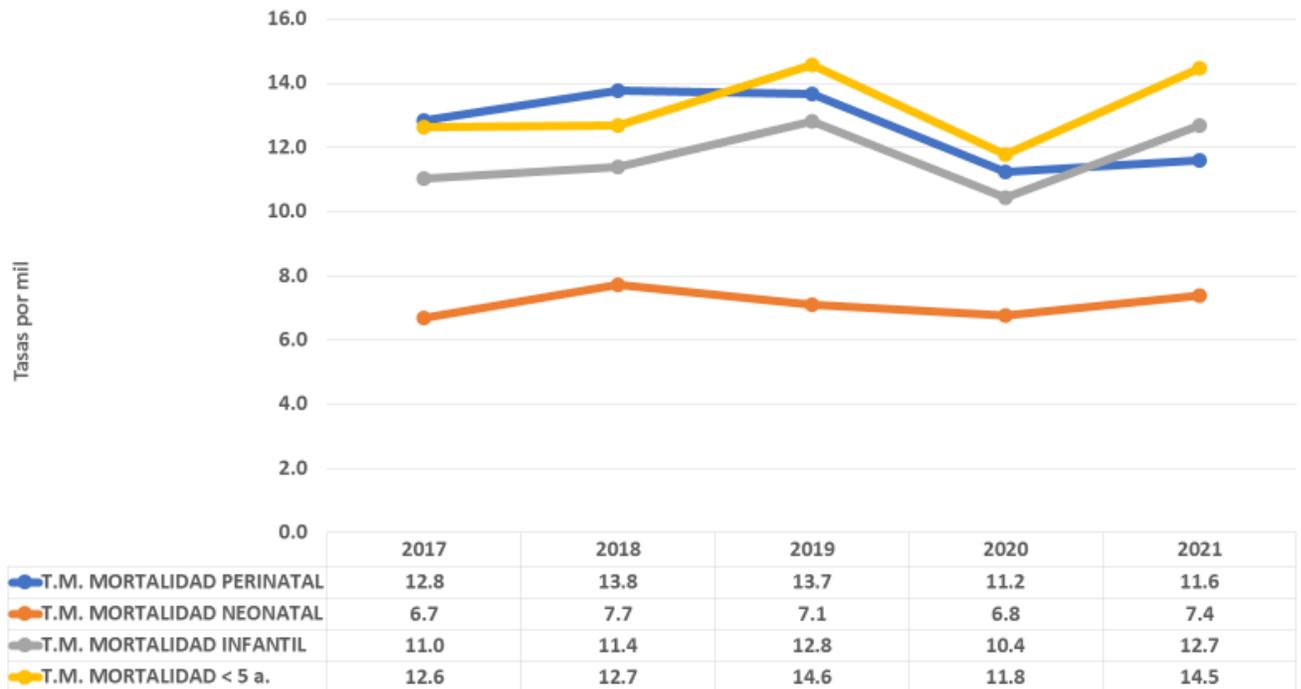
A nivel institucional, de 2020 a 2021 el número de muertes neonatales disminuyó en -8%, las muertes infantiles aumentaron en 3% y las muertes de los menores de 5 años aumentaron en 4% respectivamente, el número de nacidos vivos disminuyó en 16% (de 30,487 en 2020 a 25,712 en 2021), en consecuencia, las tasas de mortalidad neonatal, mortalidad infantil y del menor de 5 años por mil nacidos vivos incrementaron en 9% (de 6.8 a 7.4), 22% (de 10.4 a 12.7) y 23% (de 11.8 a 14.5) respectivamente. (TABLA 6).

El número de muertes perinatales se redujo en 13% (de 345 a 300) y la tasa de mortalidad perinatal por mil nacimientos solo incrementó un 3% en relación con 2020 (11.2 a 11.6).

El gráfico 5 se muestra la tendencia quinquenal de las tasas de mortalidad institucionales del nivel central de MINSAL por los grupos de riesgo, con un repunte en el año 2021 en relación con 2020, muy similar a la tendencia de 2018 y 2019 a excepción de la tasa de mortalidad perinatal que presentó cierta estabilidad con leve incremento en 2021 con valores mínimos con relación a los años 2017 a 2019.

GRAFICO 5

Tasas de mortalidad por grupos de riesgo en menor de 5 años, enero-junio, 2017-2021, MINSAL



Fuente: SIMMOW-Consultas>Más>Defunciones>Fetal/Menor 5 años, enero-junio 2017-2021

Para prevenir incrementos en la mortalidad infantil, ante eventos epidémicos y ambientales hay que hacer sobre esfuerzos en la gestión de riesgos y no descuidar los indicadores de seguimiento del Objetivo de Desarrollo Sostenible 3, principalmente en las intervenciones preventivas desde el primer nivel de atención, relacionadas con los diferentes grupos poblacionales por curso de vida que se han visto en un constante déficit en su producción por la pandemia COVID 19 y hay que tratar de mantener las medidas de bioseguridad hospitalaria que han permitido, en el pasado, atenuar el riesgo de morbilidad infantil a nivel nacional.

Por otra parte, es importante destacar en el contexto nacional para efectos de programación para 2022, que hay que incrementar la producción de inscripciones por grupos de riesgo y ciclo de vida en la atención preventiva.

El desafío a nivel sistémico en toda la red de servicios de salud desde el primer nivel de atención es contener los efectos de epidemias mientras se atienden sus efectos sobre la madre y la salud infantil, y asegurar que los servicios de salud esenciales sean continuos y sostenibles en el tiempo. Los programas nacionales deben mantener la

provisión de las intervenciones centrales materno-infantiles bajo estrictas medidas de bioseguridad por parte del personal sanitario. La provisión continua de estas intervenciones es esencial para proteger a la población por ciclos de vida.

Supervivencia infantil y Desarrollo Infantil Temprano

La Política Nacional de Apoyo al Desarrollo Infantil Temprano “CRECER JUNTOS”, en el ámbito de derechos, incluye el Derecho a la Vida, la supervivencia y el desarrollo. En consecuencia, el Hospital Nacional de la Mujer implementa la provisión Servicios especializados de Obstetricia y Neonatología para el bienestar fetal y la supervivencia neonatal con el soporte técnico asistencial de Cuidados Intensivos de mujeres embarazadas y los Cuidados Intensivos, Intermedios y Mínimos de los recién nacidos, incluyendo intervenciones para el control prenatal de embarazadas de alto riesgo, promover el neurodesarrollo y prevenir discapacidades que puedan afectar el desarrollo sicomotriz y el potencial de aprendizaje para las diferentes etapas de la vida.

En general la supervivencia infantil es un indicador que en nuestro país supera el 90%, no obstante, es importante analizar la situación de la tendencia según las tasas de mortalidad infantil para verificar el comportamiento de la supervivencia por cada mil nacidos vivos. Como puede observarse en el gráfico 6 las tasas de supervivencia infantil en el Hospital Nacional de la Mujer “Dra. María Isabel Rodríguez” han variado hacia el descenso por la relación de la situación perinatal asociada a la baja edad gestacional y la alta incidencia de prematurez como la principal complicación neonatal del embarazo. Esto, aunque en menor magnitud se puede ver en la tendencia de las tasas a nivel institucional en MINSAL. (Gráfico 7).

Gráfico 6

Tasas de supervivencia neonatal e infantil, enero - junio 2017-2021, HNM

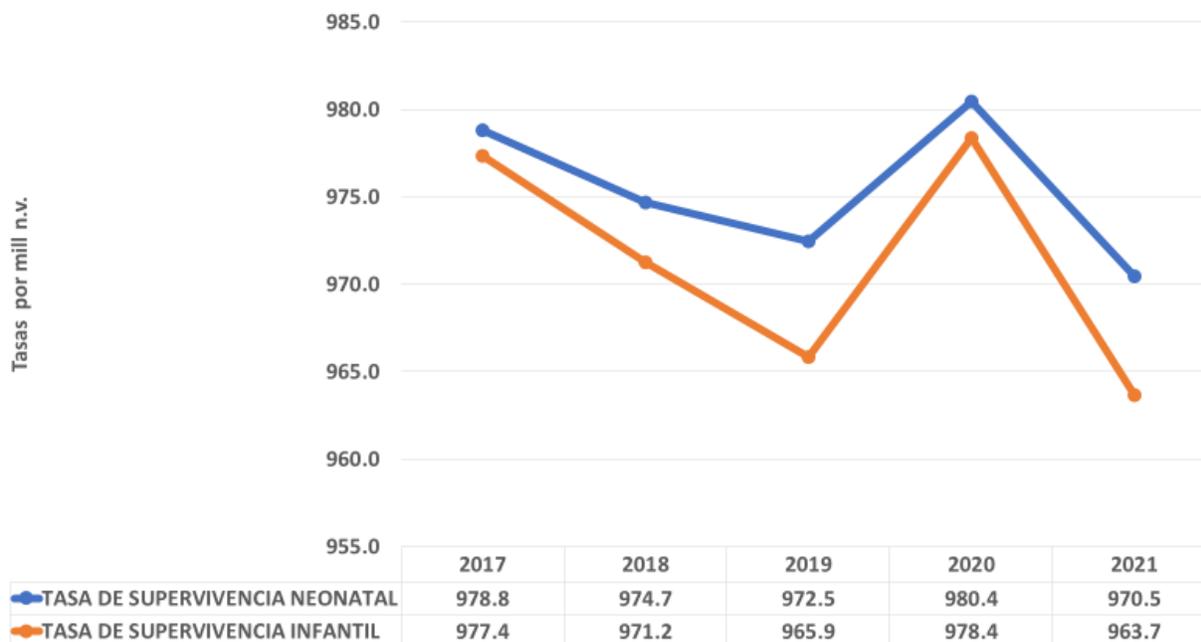
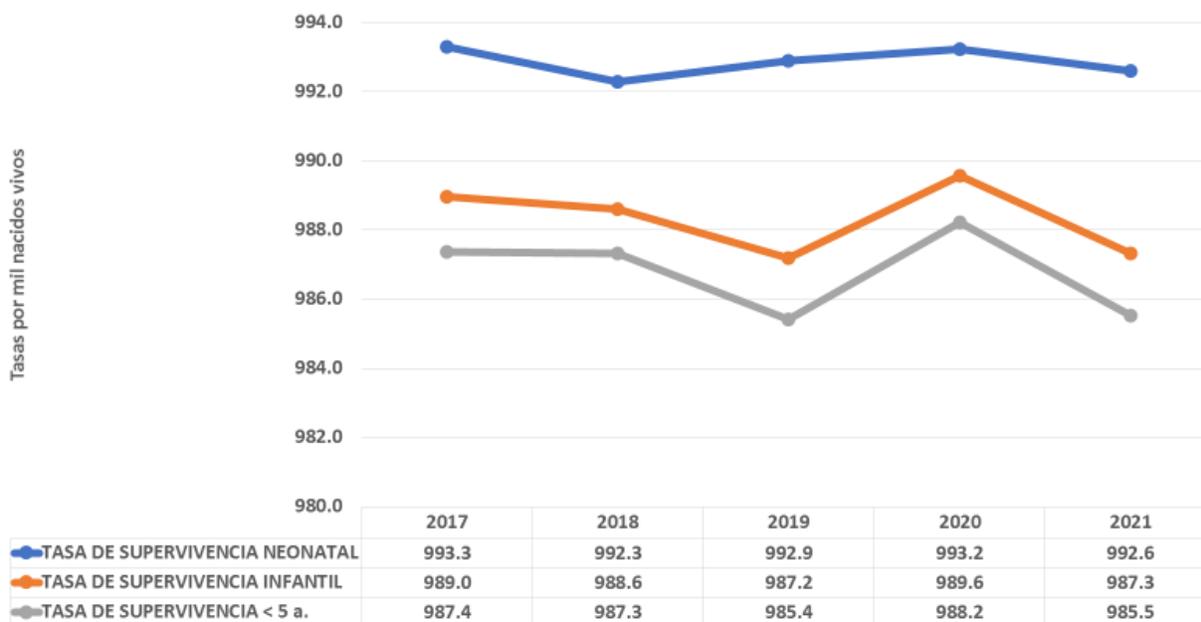


Gráfico 7

Tasas de supervivencia neonatal, infantil y en menores de 5 años, enero - junio 2017-2021, Nivel Central MINSAL



En materia de neurodesarrollo, es importante señalar que los datos de mortalidad, morbilidad y supervivencia no reflejan por sí solos la complejidad del problema; un índice de sobrevivencia alto no significa que un elevado porcentaje de los sobrevivientes sea normal. Es posible (con el apoyo ventilatorio intenso y prolongado) lograr índices bajos de mortalidad en neonatos que han sufrido hipoxia grave, hemorragia intracraneana o ambas, pero que después desarrollan secuelas neurológicas graves y deficiencias intelectuales.

En general, los índices de mortalidad se han reducido sustancialmente; sin embargo, los defectos neurológicos de los sobrevivientes pueden ser más serios con mayor frecuencia de secuelas neurológicas graves.

Lo anterior justifica las **intervenciones neonatales** que permiten la detección temprana de complicaciones que pueden dejar secuelas neurológicas que afectan de manera directa el **neurodesarrollo de los recién nacidos** y la primera infancia. Estas intervenciones son:

Oftalmología y Retinopatía del Prematuro

La retinopatía del prematuro generalmente afecta a los bebés nacidos antes de la semana 31 de embarazo y que pesan 1,250 gramos o menos al nacer. En la mayoría de los casos, la retinopatía del prematuro se resuelve sin tratamiento, sin causar daño. La retinopatía del prematuro avanzada, sin embargo, puede causar problemas de visión permanentes o ceguera, lo cual representa alto riesgo de discapacidad para el neurodesarrollo y el aprendizaje. <https://www.mayoclinic>. [La retinopatía del prematuro](#).

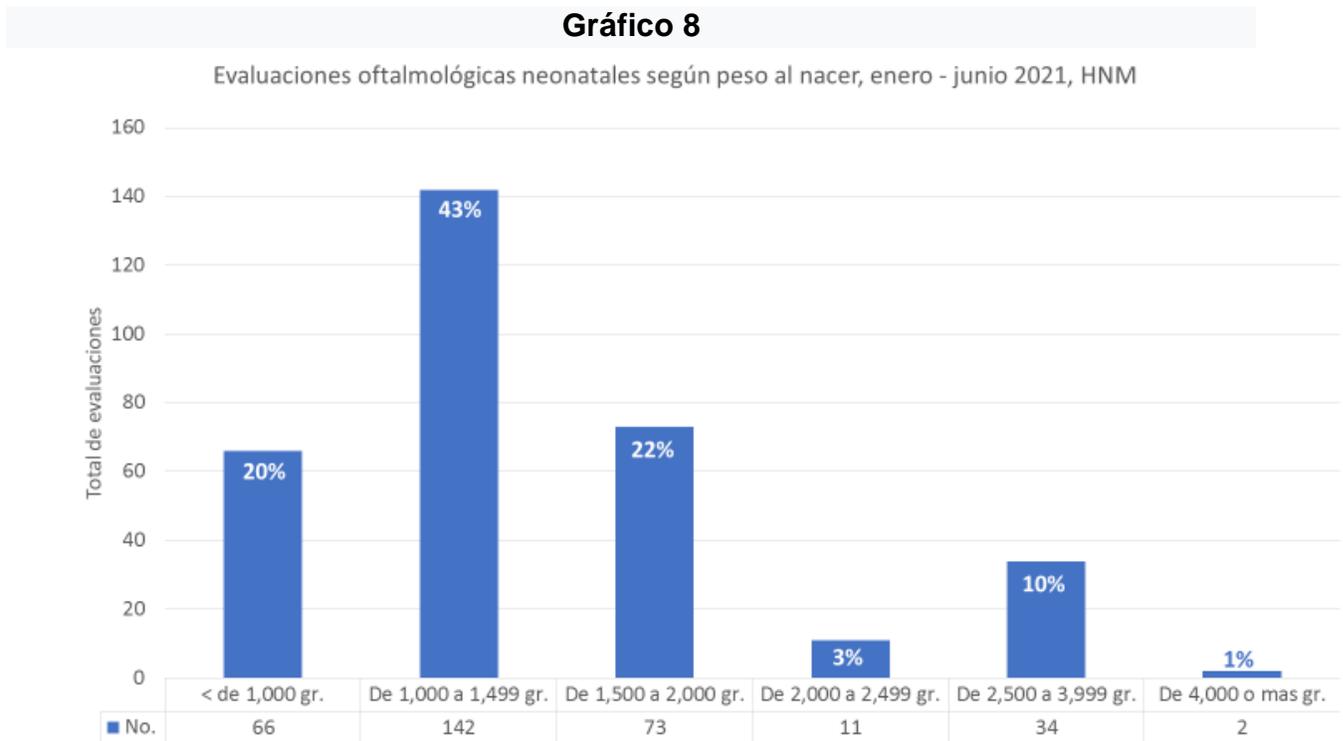
En el hospital se realiza **detección activa de casos de retinopatía** en el 100% de recién nacidos prematuros, para prevenir problemas de visión permanentes o ceguera. Un mínimo porcentaje requiere de terapia con láser, para salvar la vista en la parte principal del campo visual, pero a costa de la visión lateral o periférica.

De enero a junio 2021 se realizaron 614 evaluaciones oftalmológicas para la detección de retinopatía, 328 de primera vez y 286 subsecuentes con una concentración de 1.9 evaluaciones. Se detectaron 85 pacientes con retinopatía, 12 en evaluación de primera vez (14%) y 73 en evaluación subsecuente (86%), lo cual sugiere el posible efecto de la hipoxia y la necesidad de oxigenoterapia que puede disminuir la vasculogénesis de la retina, posterior a la primera evaluación del recién nacido prematuro.

A nivel internacional en el Hospital Vall d'Hebron, Barcelona, los protocolos de cribado para hacer las evaluaciones se concentra principalmente en todo recién nacido con peso al nacimiento inferior a 1,251 gramos o edad gestacional inferior a 31 semanas, y

todo recién nacido sobreviviente de una enfermedad neonatal grave o intervenido quirúrgicamente en el primer mes de vida.

De las 328 evaluaciones de primera vez el 20% se realizaron a menores de 1,000 gramos, 43% (142) en Recién Nacidos de 1,000 a 1,499 gramos, 22% con peso de 1,500 a 2,000 gramos, y solamente el 14% en recién Nacidos con peso mayor de 2,000 gramos. (Gráfico 8)



Casi en el mismo perfil de proporciones, las evaluaciones según la edad gestacional se realizaron el 68% entre las 22 y las 32 semanas de gestación (220). (Gráfico 9).

Se detectaron 85 casos, de los cuales del 69% presentaron retinopatía en estadios ROP I y ROP II.

De 595 evaluaciones, las 85 que se detectaron con retinopatía (14%), 27 presentaron regresión de la retina (5%) y 6 casos fueron referidos al Hospital Bloom para Tratamiento quirúrgico con láser (1%). (Gráfico 10)

Gráfico 9

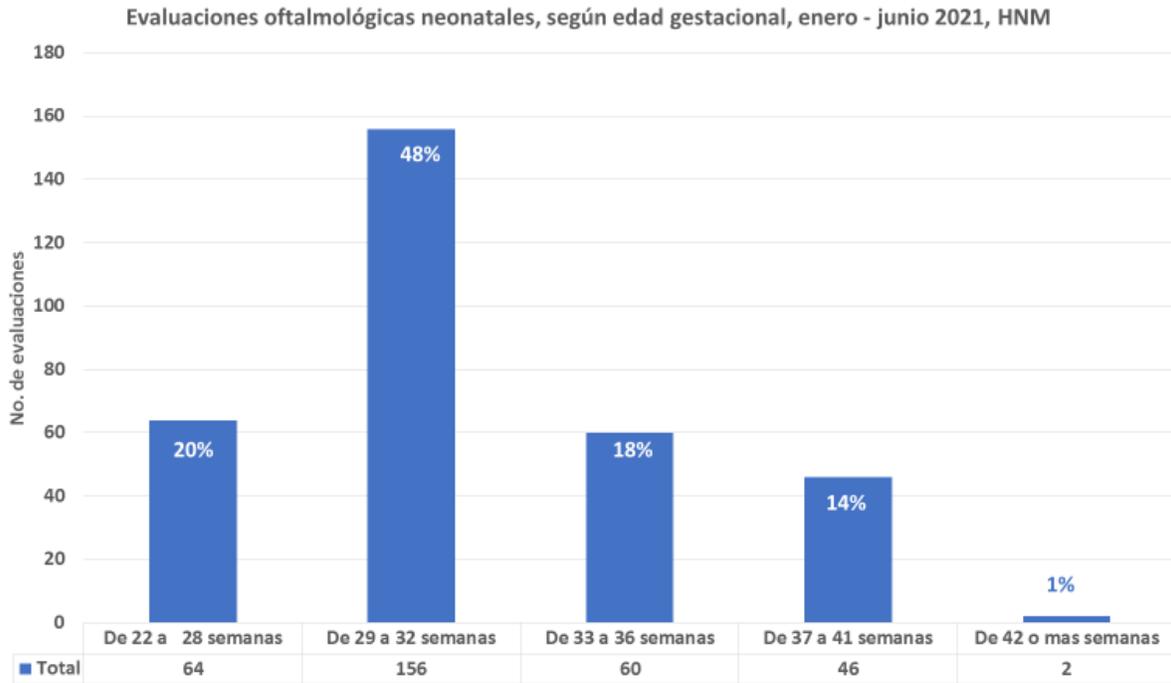
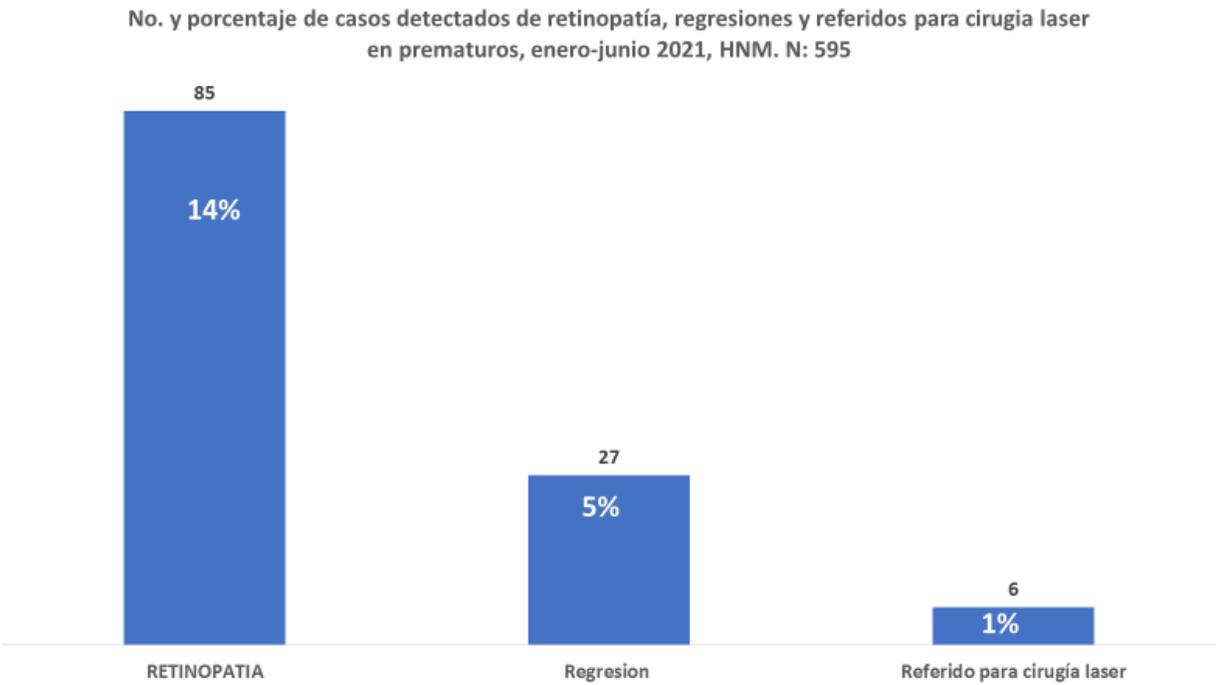


Gráfico 10



Tamizaje auditivo

“La hipoacusia o sordera es un problema que, de no ser detectado en forma temprana, influye notablemente en el desarrollo y adaptación biológica, psicológica y social de la persona. Su detección precoz permite la implementación oportuna de medidas que mejoran la calidad de vida. Los niños y niñas diagnosticados y rehabilitados en forma temprana (entre los 3 y los 6 meses de edad) tienen un desarrollo de lenguaje sin diferencias con sus pares normales contra aquellos que son detectados en forma tardía y que tienen un retraso importante de lenguaje y más difícil de revertir. La audición, junto con el resto de los sentidos, permite el establecimiento de relaciones sociales con el entorno, y es el medio que posibilita el aprendizaje y la escolarización normal desde la primera infancia”. (<http://asp.salud.gob.sv/regulacion/default.asp>)

En el servicio de Neonatología, hasta 2020 se han realizado emisiones otoacústicas al 100% de los recién nacidos para la detección temprana de hipoacusia y referencia oportuna para rehabilitación de audición y lenguaje. Durante el primer semestre de 2021 no se han realizado por falta de equipo de tamizaje auditivo, pero ya se cuenta con una donación que permitirá retomar la intervención a partir de agosto del año en curso.

Ultrasonografía Transfontanelar.

La ecografía transfontanelar se realiza para observar el interior del cráneo, además de poder estudiar las arterias, el cerebelo y el resto de los órganos que se ubican dentro de la cavidad craneal y diagnosticar patologías asociadas a estos órganos.

Unos resultados anormales en una ecografía transfontanelar pueden ser la detección de alguna patología o malformación en un órgano. Pueden desarrollarse desde lesiones, hemorragias, tumores, infartos y trombos, entre otras enfermedades.

Si el especialista obtiene un resultado anormal tras la prueba es posible que remita al paciente a otro especialista para poder realizar un tratamiento adecuado según la patología que sufra el recién nacido.

II. MORBILIDAD MATERNA ASOCIADA A LA MORTINATALIDAD.

TABLA 7

Embarazo, parto y puerperio (O00-O99)			
No.	Diagnóstico	TOTAL	
		2020	2021
1	Parto único espontáneo, sin otra especificación	1,253	287
2	Diabetes mellitus tipo 2 preexistente en el embarazo	184	197
3	Ruptura prematura de las membranas, e inicio del trabajo de parto dentro de las 24 horas	242	210
4	Preeclampsia severa	268	214
5	Trabajo de parto prematuro espontaneo con parto a término por cesárea	166	180
6	Parto por cesárea electiva	230	192
7	trabajo de parto prematuro espontaneo con parto	184	165
8	Oligohydramnios	156	123
9	Infección de la bolsa amniótica o de las membranas	92	113
10	Trabajo de parto y parto complicados por sufrimiento fetal, sin otra especificación	137	119
Totales		4,739	3,261
Variación 20-21 (%)			-31%

Fuente: SIMMOW- atención hospitalaria, enero-junio 2020-2021

En la tabla 7 se puede apreciar una reducción del 31% de los egresos por embarazo, parto y puerperio, sin embargo, las hospitalizaciones de embarazadas con Diabetes mellitus tipo 2 preexistente en el embarazo y los casos de infección de la bolsa amniótica de las membranas se mantienen al alza. Las hospitalizaciones por parto único espontáneo, sin otra especificación se redujeron sustancialmente en 2021 por la reducción de las referencias de embarazos de bajo riesgo de las maternidades de segundo nivel, que se incrementaron en 2020 a raíz de la pandemia por COVID 19.

TABLA 8

	PRINCIPALES CAUSAS DE EGRESO DE EMBARAZADAS ATENDIDAS EN INFECTOLOGIA	2020	2021
1	Embarazo, parto y puerperio	254	213
2	Enfermedades del sistema genitourinario	43	25
3	Código de propósitos especiales (U00-U97)	42	82
4	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99)	28	38
5	Tumores(neoplasias)(C00-D48)	26	19
6	Enfermedades del sistema respiratorio (J00-J99)	22	5
	Total	483	425

Fuente: SIMMOW- atención hospitalaria, Servicio de Infectología, enero-junio 2020-2021

En relación con los egresos en el servicio de Infectología, destacan el incremento Código de propósitos especiales (U00-U97) que consigna los casos sospechosos y confirmados de COVID 19, lo cual sugiere un incremento de los casos que ameritan la promoción y educación en salud sobre las medidas de prevención y buenas prácticas de bioseguridad en la población.

TABLA 9

No.	PRINCIPALES CAUSAS DE EGRESO EN PUERPERIO ENERO-JUNIO	2020	2021	Variación (%)
1	Parto único espontáneo, sin otra especificación	1,169	285	-76%
2	Ruptura prematura de las membranas, e inicio del trabajo de parto dentro de las 24 horas (O42.0)	156	123	-21%
3	Otros tipos de obesidad (E66.8)	99	76	-23%
4	Preeclampsia severa	72	60	-17%
	Totales	2,322	557	-76%

Fuente: SIMMOW- Lista por causas específicas, Servicio de Puerperio, enero-junio 2020-2021

En el servicio de puerperio disminuyó la demanda en -76% con una reducción de púerperas que presentaron ruptura prematura de membranas, otros tipos de obesidad y Preeclampsia severa. Esto es muy importante en el impacto que puede tener en la reducción de la mortalidad neonatal.

TABLA 10

No.	PRINCIPALES CAUSAS DE EGRESO DE EMBARAZADAS EN MEDICINA MATERNO FETAL	2020	2021	Variación (%)
1	Diabetes mellitus preexistente no insulino dependiente, en el embarazo (O24.1)	137	138	1%
2	Diabetes mellitus preexistente insulino dependiente, en el embarazo (O24.0)	45	58	29%
3	Oligohidramnios	42	21	-50%
4	Hipertensión esencial (primaria) (I10)	31	46	48%
5	Hipertensión materna, no especificada	21	21	0%
	Total	852	630	-26%

Fuente: SIMMOW- Lista por causas específicas, Servicio de Medicina Materno Fetal, enero-junio 2020-2021

Los egresos por diabetes mellitus tipo 2 y tipo 1, incrementaron 1% y 29% respectivamente durante 2021 con un descenso de 26% en el total de egresos de embarazadas hospitalizadas en Medicina Materno Fetal.

COVID 19 y comorbilidades

Si bien es ampliamente reconocido que la presencia de comorbilidades como la hipertensión, la diabetes mellitus y la ECV está asociada con un curso más grave de COVID-19, la obesidad es un factor de riesgo principal para estas comorbilidades y, en general, para el deterioro de la salud metabólica (como la dislipidemia y la resistencia a la insulina) y, por tanto, está relacionada con un mayor riesgo de neumonía.

La pandemia de la enfermedad del coronavirus 2019 (COVID-19) expone vulnerabilidades cardiovasculares inesperadas y la necesidad de mejorar la salud cardio metabólica. La lesión miocárdica es común en el COVID-19 grave en función de las comorbilidades basales, la edad avanzada y la disfunción orgánica global.

La lesión renal aguda en Covid-19 se asocia con un mayor riesgo de muerte al estar asociada a la diabetes e hipertensión lo cual infiere un mayor riesgo de infección grave. Por otra parte, hay **Secuelas** post-infecciosas cardiovasculares **con** afectación cardíaca e inflamación miocárdica.

(https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53253/OPSIMSPHECOVID-19210003_spa.pdf)

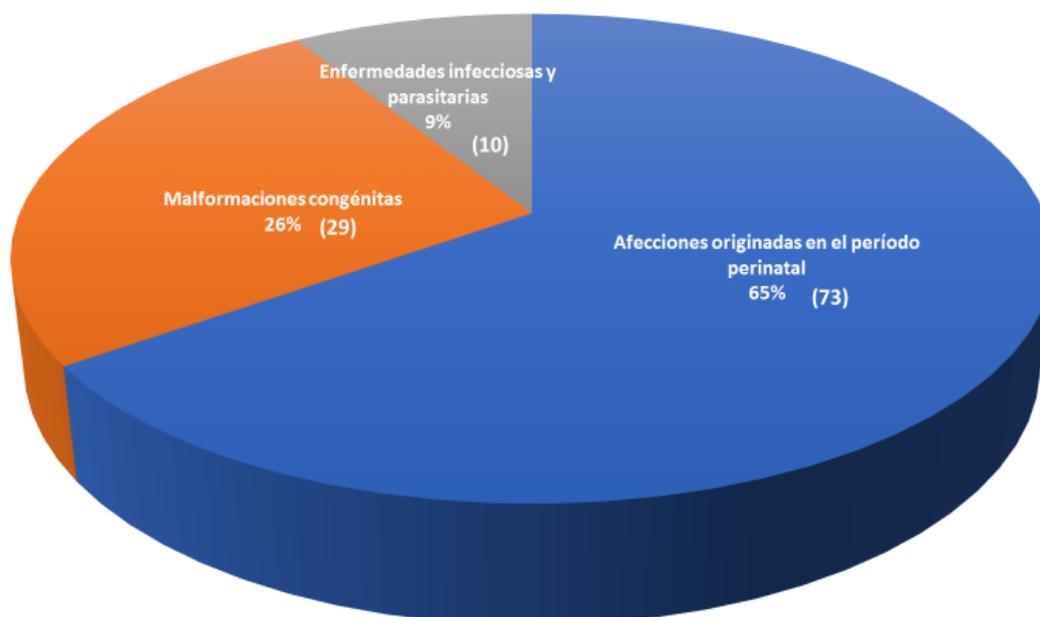
III. CAUSAS DE MORTALIDAD NEONATAL

Las causas básicas de muerte neonatal son en primer lugar, patologías prevenibles en el 74% y en segunda instancia las malformaciones congénitas en un 26%. (GRAFICO 11)

Las principales causas de muerte hospitalaria de los recién nacidos en general se concentran en la inmadurez extrema, otros recién nacidos de pretérmino como parte de las afecciones originadas en el período perinatal, las malformaciones congénitas y las enfermedades infecciosas en tercer lugar.¹

GRAFICO 11

Mortalidad neonatal por causa básica, enero junio 2021, HNM



Fuente: SIMMOW- atención hospitalaria, Departamento de Neonatología, enero-junio 2021

¹ SIMMOW, Lista internacional de Mortalidad por grupo etáreo, enero-diciembre HNM, 2021

TABLA 11

Perfil de morbimortalidad neonatal		2020	2021	Variación
A	No. de muertes neonatales	94	112	19%
B	Principales causas de muerte neonatal	2020	2021	Variación
1	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	65	73	12%
2	Otros recién nacidos de pretérmino	28	24	-14%
3	Inmaduridad extrema	21	32	52%
4	Malformaciones congénitas	26	29	12%
5	Septicemia	6	3	-50%
C	Egresos	2,091	1,664	-20%
D	Letalidad	4.5%	6.7%	49%

Fuente: SIMMOW- atención hospitalaria, Servicio de Neonatología, enero-junio 2020

El número total de muertes neonatales incrementaron en 19%. Dada la reducción de -20% en el número de egresos se incrementó la letalidad en 49%. Las principales causas de muerte neonatal hospitalaria en general se concentran en la inmaduridad extrema, otros recién nacidos de pretérmino como parte de las afecciones originadas en el período perinatal y las malformaciones congénitas.² La sepsis como causa de muerte neonatal se ha reducido sustancialmente.

Al ver la tendencia trimestral en relación con el período de enero a junio de 2020 la variación en el total de egresos fue de -20% en 2021, al desagregar por causas principales de muerte neonatal, se tuvo el impacto negativo al incrementar en 12% las muertes por ciertas afecciones en el período perinatal y por malformaciones congénitas. Los fallecidos por prematurez incrementó en 14% (de 49 a 56) no obstante el desagregar por “Otros recién nacidos de pretérmino” este presentó una variación de -14% (de 28 a 24) y la Inmaduridad extrema incrementó en 52% (de 21 a 32).

² SIMMOW, Lista internacional de Mortalidad por grupo etéreo, enero-diciembre HNM, 2019-2020

TABLA 12

Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (Q00-Q99)		
	Diagnóstico	Muertes
1	Anencefalia	6
2	Síndrome de Patau, no especificado	4
3	Síndrome de Edwards, no especificado	4
4	Síndrome de Potter	3
5	Hernia diafragmática congénita	2
6	Hidrocefalo congénito, no especificado	2
7	Ausencia, atresia y estenosis congénita del duodeno	1
8	Quiste renal solitario congénito	1
9	Malformación congénita, no especificada	1
10	Otras malformaciones congénitas del corazón, especificadas	1
11	Malformaciones congénitas múltiples, no clasificadas en otra parte	1
12	Trisomía 18, por falta de disyunción meiótica	1
13	Síndromes de malformaciones congénitas asociadas principalmente con estatura baja:	1
14	Síndrome de costilla corta	1
	Totales	29

SIMMOW. Malformaciones congénitas, (Q00-Q99). Neonatología, enero-junio 2021

Es importante recordar que las malformaciones congénitas mayores de los sistemas cardiovascular, nervioso central (SNC), genitourinario y esquelético están relacionadas con la diabetes materna y el servicio de perinatología reportó incrementos de 1% y 29% en los egresos por diabetes mellitus tipo 2 y tipo 1 respectivamente.

La prematurez como prioridad de salud pública

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 debe ser referida al tercer nivel.

Para el servicio de Medicina Materno Fetal sigue siendo vital la mejora de la disponibilidad de tocolíticos eficaces para tratar la amenaza de parto prematuro hasta las 37 semanas de gestación en todas las maternidades, incluyendo la aplicación de esteroides en los diferentes niveles de atención para la maduración pulmonar del feto.

Esto último es muy importante para prevenir la prematurez y el bajo peso, tratando oportunamente las causas reconocidas como la desnutrición materna, las infecciones y las enfermedades crónicas en la mujer, la determinación socio ambiental relacionada a

violencia estructural, vulnerabilidad social (pobreza, exclusión social, madres solteras).

El manejo clínico efectivo e integral de la amenaza de parto prematuro y la maduración pulmonar del feto incluyen 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 y la salud familiar.

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.

El objetivo de la referencia es ofrecer la mejor atención a la madre y al recién nacido prematuro, el cual necesitará soporte de cuidados intensivos, principalmente porque más del 60% de las muertes neonatales ocurren en los bebés que pesan menos de 1,500 gramos y de estos la sobrevivencia es nula si el peso es menor de 600 gramos.

Lo mejor de la gestión clínica materno infantil es la promoción de la salud reproductiva en los territorios con la vigilancia del embarazo de alta calidad, principalmente en lo concerniente al incremento del peso materno, la altura uterina y la detección oportuna de los signos de peligro del bienestar fetal.

FACTORES DE PROTECCIÓN PARA PREVENIR LA PREMATUREZ

La historia natural de la prematuridad 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 y los efectos de la pandemia COVID 19, 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, viviendas inseguras y otras condiciones de alto estrés) aumenta la secreción

de cortisol suprarrenal materno y fetal, y este aumenta 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.

La aplicación del enfoque de determinación social bajo una situación de inestabilidad socioeconómica y social, principalmente de la población vulnerable bajo la línea de pobreza, representa un desafío para el personal de salud en términos de ampliar la perspectiva de abordaje y respuesta, con elementos de protección en el contexto sico-social y ambiental del binomio madre bebé.

Control Prenatal, Infección e inflamación

Ante la situación de pandemia por COVID 19, hay que incrementar los esfuerzos de bioseguridad para brindar un excelente control prenatal y prevenir las infecciones, lo cual supone aproximadamente la prevención del 40% de los nacimientos prematuros, que finalmente ocurren debido al grado de respuesta inflamatoria auto inmune de la madre con la 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.

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.

Manejo del binomio madre-bebé en la era COVID-19

(Melissa M Medvedev melissa.medvedev@lshtm.ac.uk Department of Pediatrics, University of California San Francisco, San Francisco, CA 94158, USA; and MARCH Centre, London School of Hygiene & Tropical Medicine, London, UK.)

“La evidencia sobre el riesgo de transmisión, presentación clínica y consecuencias del SARS-CoV-2 entre los recién nacidos de madres infectadas es escasa. El riesgo de transmisión vertical parece ser baja, que es consistente con otros coronavirus. El SARS-CoV-2 ha sido detectado dentro de las 48 h de nacimiento entre los recién nacidos de madres positivas; sin embargo, esto podría representar transmisión horizontal”.

“Los primeros informes indican que los recién nacidos con SARS-CoV-2 positivos generalmente son leves y los análisis realizados hasta la fecha sugieren que la leche materna es poco probable que sea una fuente de infección. Con las precauciones adecuadas, el alojamiento conjunto y el amamantamiento pueden superar los riesgos potenciales de transmisión.”

“La Academia americana de Pediatría aconseja separación de madres y recién nacidos desde el nacimiento, con leche materna de madres no infectadas hasta que se cumplan los criterios de bioseguridad.”

“En The Lancet Child & Adolescent Health, Christine Salvatore, muestra que el alojamiento conjunto y la lactancia materna son seguros con el uso de mascarilla, el lavado frecuente de manos e higiene mamaria. También muestra que la transmisión de los miembros de una familia infectada es poco probable, cuando se toman las precauciones adecuadas”.

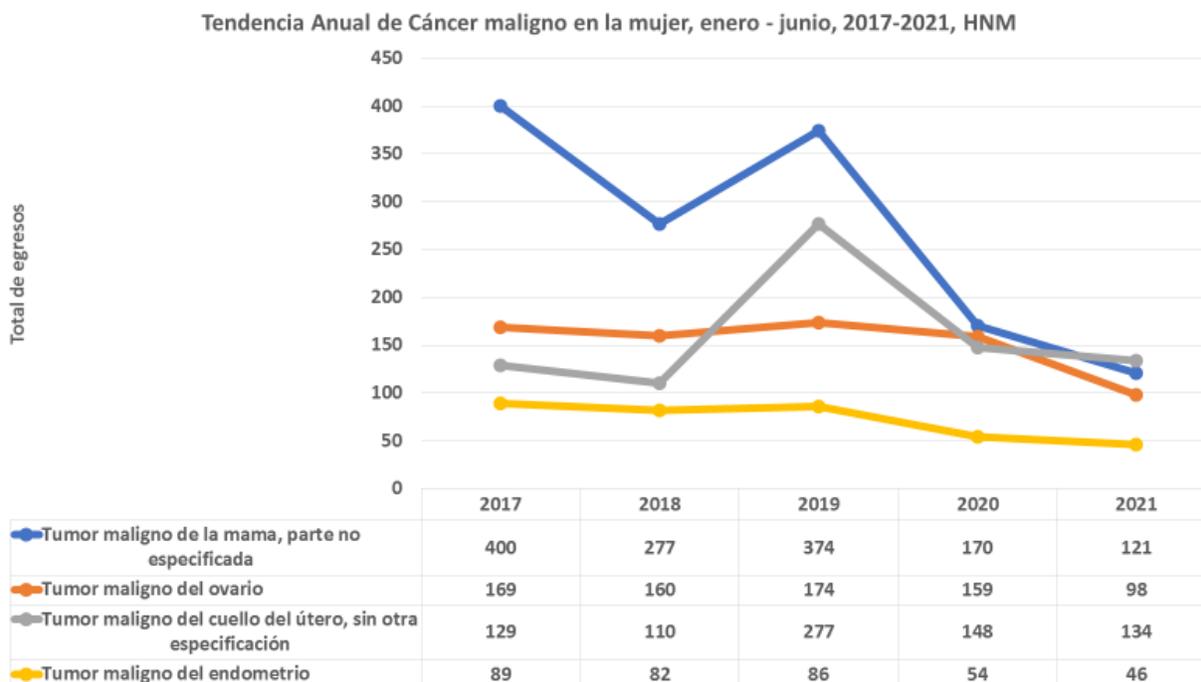
IV. ATENCION ONCOLOGICA

Brindar atención a pacientes con cáncer durante la crisis de pandemia, ha sido un desafío dado los riesgos competitivos de muerte por cáncer versus muerte o complicaciones graves por SARS-CoV-2, y la probable mayor mortalidad de COVID-19 en huéspedes inmunocomprometidos.

Desde 2020 y durante el primer semestre de 2021 se han reducido las hospitalizaciones y las cirugías oncológicas con el dilema de que los pacientes que son saludables y tienen cánceres curables y que requieren la implementación oportuna de cirugía, han sido beneficiados con la quimioterapia, ante el riesgo de contraer COVID-19, recibiendo tratamiento ambulatorio en la modalidad de hospital de día, obteniendo los beneficios del tratamiento contra el cáncer.

Del período de enero a junio de 2020 a 2021, los egresos por cáncer de mama se redujeron de 170 a 121, los egresos por cáncer de cuello uterino, de 148 a 134, el cáncer de ovario de 159 a 98 y el cáncer de endometrio de 54 a 46. (GRAFICO 12). El incremento en el acceso a la quimioterapia ambulatoria fue un factor muy positivo para tratar los casos potencialmente curables.

GRAFICO 12

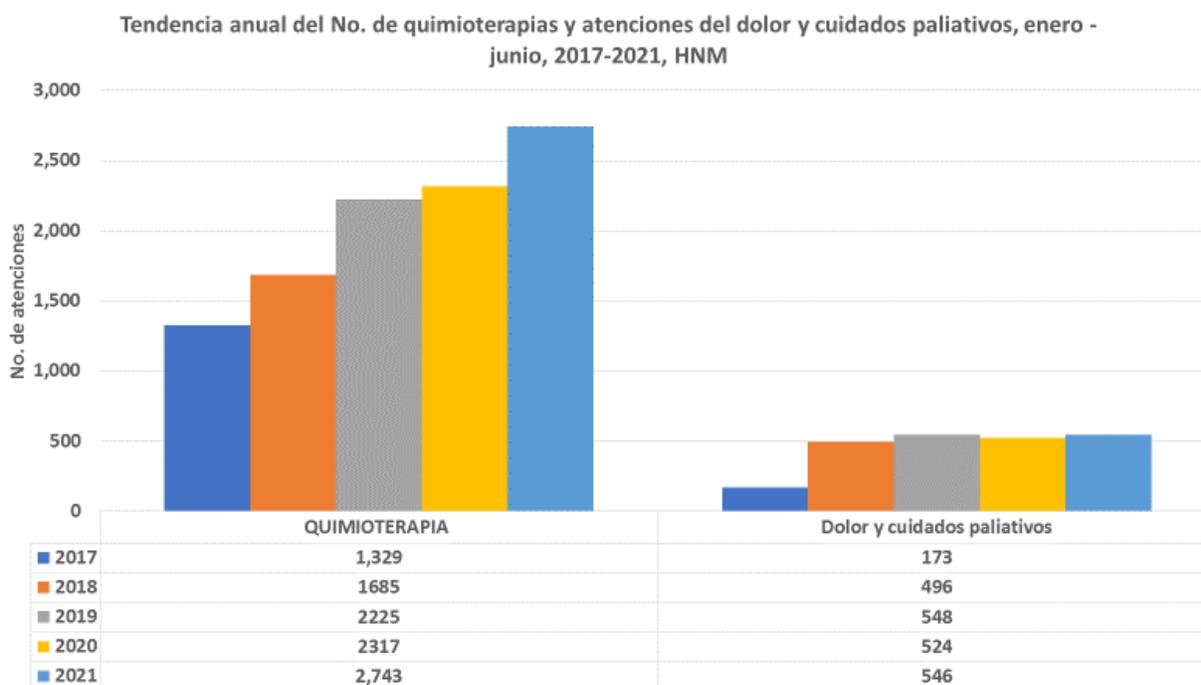


Fuente: SIMMOW- atención hospitalaria, Servicio de Oncología, enero-junio 2017-2021

Una situación crucial en la evolución de los casos de cáncer es la disponibilidad oportuna de las tecnologías (medicamentos, radiación y cirugía especializada) ya que esto determina el impacto en la progresión de la enfermedad.

El número de quimioterapias contra cáncer se ha incrementado gradualmente durante el quinquenio (enero-junio), de 1,329 realizadas en los servicios de hospitalización en 2017 a 2,743 en 2021, lo cual representa un incremento 2 veces mayor gracias a la consulta externa especializada como hospital de día, y al servicio de hospitalización en Oncología. La misma tendencia se ha tenido en las atenciones del dolor y cuidados paliativos, aunque en una menor dimensión. (Gráfico 13).

GRAFICO 13

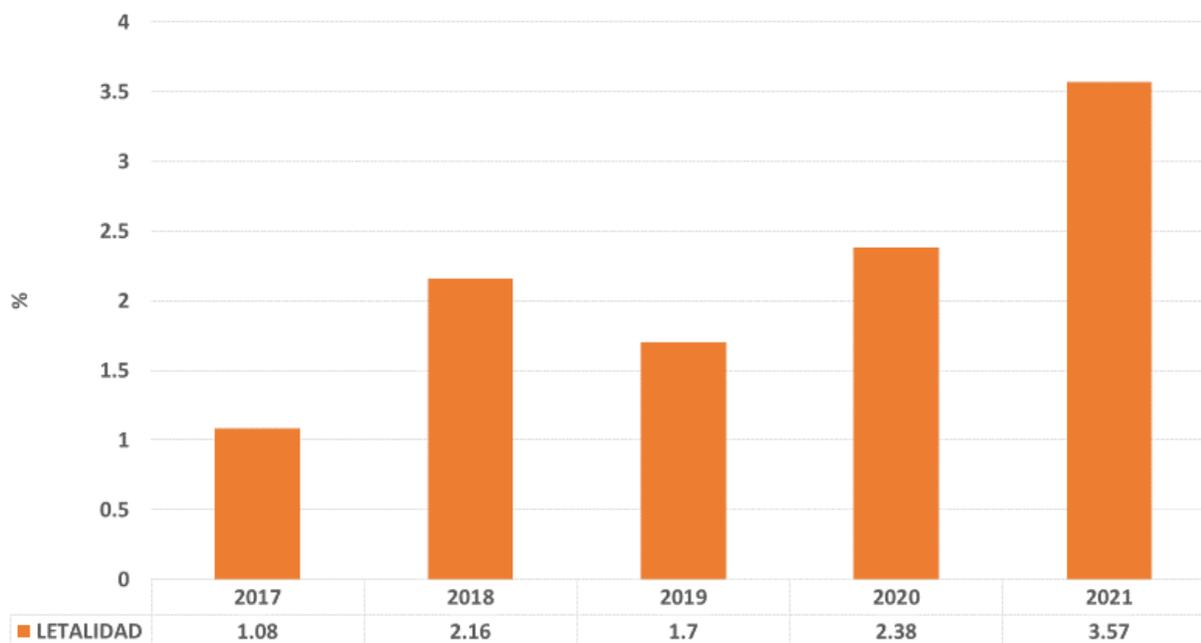


Fuente: SIMMOW- atención ambulatoria por especialidad, enero-junio 2017-2021

En cuanto a la letalidad, se reportaron, durante el semestre 15 muertes contra 420 egresos con una tasa de letalidad de 3.57% aumentando la letalidad en 50% en relación con 2020 que reportó 2.38 % con 14 muertes contra 588 egresos. (Gráfico 14).

GRAFICO 14

LETALIDAD POR TUMORES Y NEOPLASIAS, ENERO - JUNIO, 2017-2021, HNM



Fuente: SIMMOW- atención hospitalaria, Servicio de Oncología, enero-junio 2017-2021

Atención del cáncer durante la pandemia COVID-19

Autores: Robert G Uzzo, MD, MBA, FACS, Alexander Kutikov, MD, FACS, Daniel M Geynisman, MD)

“Los médicos deben equilibrar los riesgos de retrasar los tratamientos contra el cáncer frente a los riesgos de exposición al CoV-2 del SARS y la posible mayor vulnerabilidad a los resultados adversos del COVID-19, mientras se navega por la interrupción en la atención asociada con el distanciamiento físico y los recursos limitados de atención médica. La probabilidad de una enfermedad grave por COVID-19 es mayor entre pacientes adultos con cáncer, especialmente entre aquellos con enfermedad activa.

Para los pacientes que dan positivo, la mayoría de los tratamientos contra el cáncer inmunosupresor deben mantenerse al menos hasta que los síntomas de COVID-19 se hayan resuelto. Algunas terapias orales no inmunosupresoras pueden continuarse caso por caso.

Si bien no existen pautas universalmente aceptadas sobre cuándo las terapias de

cáncer inmunosupresor pueden reiniciarse de manera segura después del diagnóstico de COVID-19, los efectos de suprimir o aumentar aún más el sistema inmunológico de un paciente rápidamente después de COVID-19, deben sopesarse en gran medida contra los riesgos de su tumor único. El enfoque para la mayoría de los pacientes, que se basa en las pautas disponibles y las "mejores prácticas", es mantener inmunosupresores hasta al menos 14 días desde el inicio de los síntomas, y si los síntomas de COVID-19 se han resuelto durante al menos 72 horas. Una vez que los síntomas se han resuelto, hay que analizar el SARS-CoV-2 y proceder con las terapias contra el cáncer planificadas solo si se obtiene un resultado negativo y se confirma mediante una segunda prueba negativa \geq 24 horas de diferencia.

Los pacientes con diseminación viral persistente a pesar de la resolución de los síntomas deben permanecer en precauciones / aislamiento hasta que se conviertan en una prueba negativa. Sin embargo, las decisiones deben ser individualizadas en estos casos, sopesando cuidadosamente los riesgos y beneficios de la retención versus el reinicio del tratamiento, particularmente si los tratamientos retenidos son potencialmente curativos.

La mayoría de las instituciones y prácticas clínicas requieren que los trabajadores de la salud, los pacientes y todos los visitantes usen una mascarilla quirúrgica dentro de la instalación, independientemente de los síntomas, para ayudar a prevenir la transmisión de personas infectadas que pueden ser asintomáticas. Todos los pacientes deben estar informados acerca de los síntomas de COVID-19 y capacitados en el lavado de manos, la higiene y minimizar la exposición a contactos enfermos y grandes multitudes.

La orientación sobre las pruebas de SARS-CoV-2 es que pueden realizarse de rutina a todos los pacientes con cáncer de 48 a 72 horas antes de las terapias inmunosupresoras y antes de los procedimientos médicos.

Dada la cantidad de oportunidades de transmisión viral para pacientes y cuidadores durante la atención del cáncer, se alienta el uso de video y / o visitas telefónicas, pero tanto los médicos como los pacientes deben aceptar los beneficios y los riesgos. Cuando los pacientes deben recibir atención en persona, se pueden utilizar estrategias específicas para lograr distanciamiento físico (por ejemplo, minimizar el tiempo en salas de espera, minimizar / restringir visitas, instituir entregas de farmacia y evitar visitas al departamento de emergencias, cuando sea posible).

En general, el distanciamiento físico y las medidas de protección de barrera son las formas más potentes de evitar COVID-19".

V. DESEMPEÑO EN EL CUMPLIMIENTO DE METAS

Durante el semestre de enero a junio 2021, se han logrado las metas sobre el 80% de desempeño, los servicios finales lograron 89% de desempeño, los servicios intermedios 86% y los servicios generales 97%. En hospitalización de las camas censables y no censables se alcanzó el 92% de desempeño con 75% en la producción de egresos y la producción de Laboratorio Clínico y Banco de Sangre. (Gráfico 15)

El perfil de funcionamiento descrito se ha logrado gracias a la eficiencia en el uso de los limitados recursos presupuestarios que se han consumido en los 6 meses ejecutados.

Durante este período se resolvieron limitantes estructurales en cuanto al desabastecimiento de algunos rubros críticos, sobrecarga laboral ante la escasa disponibilidad de personal y los riesgos y efectos de la pandemia COVID 19, tanto en los servicios clínicos como en los de apoyo diagnóstico y de servicios generales.

Por múltiples factores relacionados con la pandemia, el centro de vacunación COVID 19 y la demanda de información de datos para diferentes iniciativas como el Sistema de Producción, Eficiencia Rendimiento y Costos PERC, y el SPME; la cadena de producción de datos desde las fuentes primarias en los diferentes servicios, por el personal encargado de las estadísticas, se ha ralentizado por sobrecarga de trabajo, de manera que la recopilación y registro de datos ha tenido retrasos.

En los servicios intermedios de Laboratorio y Banco de Sangre se tuvo subregistro durante el semestre por dificultades de personal para la digitación de datos en la Unidad de Estadística.

A nivel del Comité Estratégico de Gestión se han tomado decisiones con mucha creatividad y espíritu de cooperación para optimizar los recursos disponibles para el mejor funcionamiento del hospital, por la seguridad de las usuarias y los recién nacidos, incluyendo la gestión de refuerzos presupuestarios para cubrir el déficit financiero actual.

GRAFICO 15

Desempeño en el cumplimiento de metas enero-junio 2021

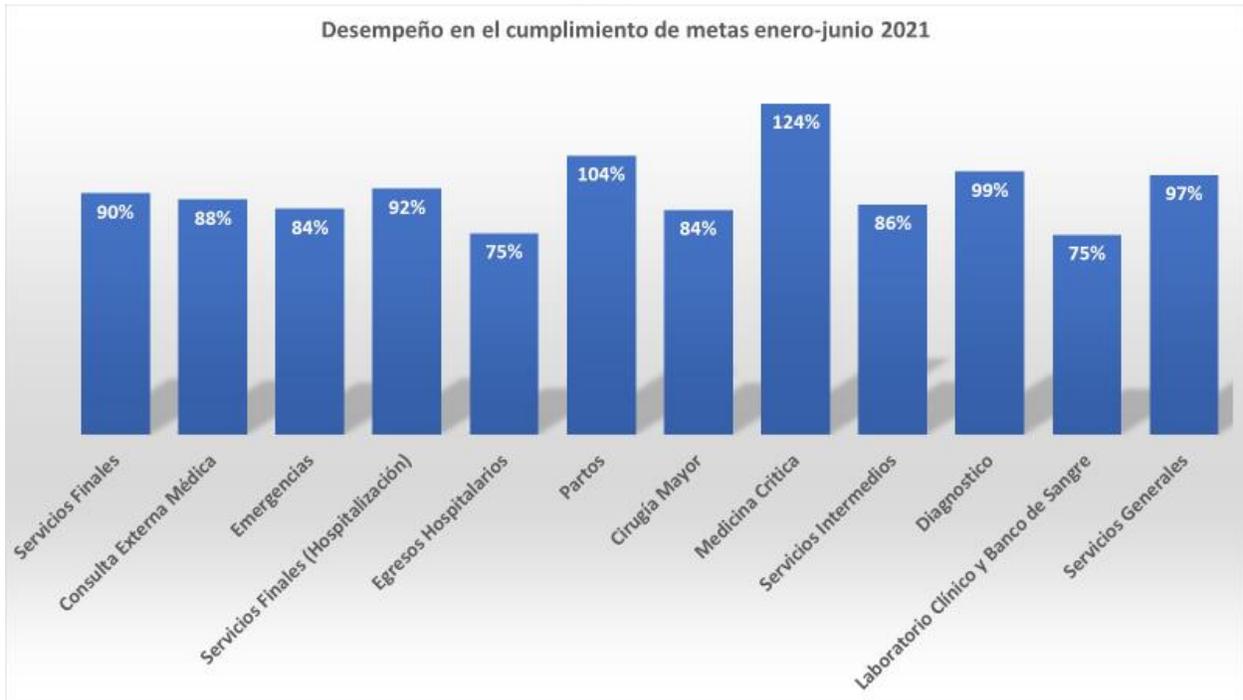


Tabla 13

Actividades	ENERO JUNIO 2021		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Servicios Finales	59,166	53,495	90%
Consulta Externa Médica	38,196	34,174	89%
Especialidades	24,966	22,397	90%
Especialidades Básicas	6,186	6,410	104%
Medicina Interna	546	1,055	193%
Cirugía General	246	54	22%
Ginecología	4,998	5,245	105%
Obstetricia	300	0	0%
Psiquiatría	96	56	58%
Sub especialidades	18,780	15,987	85%
Sub Especialidades de Medicina Interna	2,046	1,401	68%
Endocrinología	1,746	1,186	68%
Infectología	150	153	102%
Nefrología	150	62	41%
Sub Especialidades de Cirugía	600	546	91.0%
Anestesiología / Algología (cuidadod paliativos)	600	546	91%
Sub Especialidades de Pediatría	342	76	22%
Infectologia	96	76	79%
Neonatología	246	0	0%
Sub Especialidades de Ginecología	9,996	8,741	87%
Clínica de Mamas	3,498	3,092	88%
Infertilidad	1,998	1,786	89%
Oncologia	4,500	3,863	86%
Sub Especialidades de Obstetricia	5,796	5,223	90%
Embarazo de Alto Riesgo	5,496	5,128	93%
Genética Perinatal	300	95	32%

Tabla 14

Actividades	ENERO JUNIO 2021		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Otras Atenciones Consulta Externa Médica	12,534	11,554	92%
Bienestar Magisterial / Servicios por Contrato	498	0	0%
Colposcopia	5,496	5,784	105%
Nutrición	450	74	16%
Planificación Familiar	696	378	54%
Psicología	396	55	14%
Selección	4,998	5,263	105%
Consulta Externa Odontológica	696	223	32%
Odontológica de primera vez	198	99	50%
Odontológica subsecuente	498	124	25%
Emergencias	19,896	16,812	84%
De Medicina Interna	348	460	132%
Oncología	348	460	132%
De Gineco-Obstetricia	9,000	8,138	90%
Ginecología	1,500	1,575	105%
Obstetricia	7,500	6,563	88%
Otras Atenciones Consulta Emergencia	10,548	8,214	78%
Bienestar Magisterial	48	0	0%
Selección	10,500	8,214	78%

Tabla 15

Actividades	ENERO JUNIO 2021		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Servicios Finales (Hospitalización)	20,970	19,321	92%
Egresos Hospitalarios	8,832	6,664	75%
Especialidades Básicas	798	754	94%
Ginecología	648	576	89%
Obstetricia	150	178	119%
Sub Especialidades	7,788	5,910	76%
Sub Especialidad de Medicina Interna	396	425	107%
Infectología / Aislamiento	396	425	107%
Sub Especialidades de Pediatría	1998	1664	83%
Neonatología	1,998	1,664	83%
Sub Especialidades de Ginecología	996	438	44%
Oncología	996	438	44%
Sub Especialidades de Obstetricia	4,398	3,383	77%
Cirugía Obstétrica	1,500	1,383	92%
Patología del Embarazo	900	629	70%
Puerperio	1,998	1,371	69%
Otros Egresos	246	0	0
Bienestar Magisterial	246	0	0%

Tabla 16

Actividades	ENERO JUNIO 2021		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Partos	2,748	2,870	104%
Partos vaginales	1,500	1,405	94%
Partos por Cesáreas	1,248	1,465	117%
Cirugía Mayor	4,644	3,904	84%
Electivas para Hospitalización	2,496	1,192	48%
Electivas Ambulatorias	396	204	52%
De Emergencia para Hospitalización	1,746	2,495	143%
De Emergencia Ambulatoria	6	13	217%
Medicina Critica	4,746	5,883	124%
Unidad de Emergencia	1,098	1,846	168%
Admisiones	600	1,152	192%
Transferencias	498	694	139%
Unidad de Máxima Urgencia	900	877	97%
Admisiones	450	447	99%
Transferencias	450	430	96%
Unidad de Cuidados Intensivos e Intermedios	2,748	3,160	115%
Admisiones	750	1,299	173%
Transferencias	1,998	1,861	93%

TABLA 17

Actividades	ENERO JUNIO 2021		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Servicios Intermedios	490,098	422,501	86%
Diagnostico	235,950	232,505	99%
Imagenología	43,542	42,504	98%
Fluoroscopias	30	101	337%
Radiografías	19,998	24,202	121%
Ultrasonografías	20,322	14,974	74%
Mamografías Diagnósticas	1,746	1,278	73%
Mamografías de Tamisaje	1,446	1,949	135%
Anatomía Patológica	7,734	6,217	80%
Citologías Cérvico Vaginales Leídas	1,746	0	0%
Biopsias Cuello Uterino	996	1,186	119%
Biopsias Mama	996	944	95%
Biopsias Otras partes del cuerpo	3,996	4,087	102%
Otros Procedimientos Diagnósticos	3,594	4,715	131%
Colposcopias	1,746	2,304	132%
Ecocardiogramas	348	11	3%
Electrocardiogramas	1,500	2,400	160%
Tratamiento y Rehabilitación	164,502	161,745	98%
Cirugía Menor	1,500	1,406	94%
Conos Loop	198	192	97%
Crioterapias	198	270	136%
Fisioterapia (Total de sesiones brindadas)	6,810	9,458	139%
Hemodiálisis	48	0	0%
Inhaloterapias	2,250	1,520	68%
Receta Dispensada de Consulta Ambulatoria	31,998	27,098	85%
Recetas Dispensadas de Hospitalización	114,000	120,655	106%
Terapias Respiratorias	7,500	1,146	15%
Trabajo Social	16,578	17,324	104%
Casos Atendidos	16,578	17,324	104%

Tabla 18

Actividades	ENERO JUNIO 2021		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Laboratorio Clínico y Banco de Sangre	254,148	189,996	75%
Hematología	61,974	52,177	84%
Consulta Externa	9,996	11,746	118%
Hospitalización	38,676	27,310	71%
Emergencia	10,938	11,247	103%
Referido / Otros	2,364	1,874	79%
Inmunología	17,724	14,496	82%
Consulta Externa	2,640	2,705	102%
Hospitalización	10,800	7,892	73%
Emergencia	2,568	2,472	96%
Referido / Otros	1,716	1,427	83%
Bacteriología	15,456	10,116	65%
Consulta Externa	948	421	44%
Hospitalización	11,694	7,959	68%
Emergencia	2,040	1,286	63%
Referido / Otros	774	450	58%
Parasitología	498	352	71%
Consulta Externa	246	159	65%
Hospitalización	150	110	73%
Emergencia	72	57	79%
Referido / Otros	30	26	87%
Bioquímica	78,816	71,016	90%
Consulta Externa	10,770	10,317	96%
Hospitalización	46,074	38,986	85%
Emergencia	14,784	14,238	96%
Referido / Otros	7,188	7,475	104%
Banco de Sangre	71,340	35,241	49%
Consulta Externa	21,246	11,078	52%
Hospitalización	44,346	17,611	40%
Emergencia	2,700	5,331	197%
Referido / Otros	3,048	1,221	40%
Urianálisis	8,340	6,598	79%
Consulta Externa	2,370	1,946	82%
Hospitalización	2,640	1,974	75%
Emergencia	3,210	2,635	82%
Referido / Otros	120	43	36%

Tabla 19

Actividades	ENERO JUNIO 2021		
	Prog.	Realiz.	%Cumpl.
Servicios Generales	960,108	932,513	97%
Alimentación y Dietas	207,606	216,809	104%
Hospitalización	207,606	216,809	104%
Medicina	1,368	2,191	160%
Ginecología	3,234	5,844	181%
Obstetricia	10,962	12,986	118%
Neonatología	191,376	195,788	102%
Otros (Convenios)	666	0	0%
Lavandería	732,306	692,558	95%
Hospitalización	685,758	642,409	94%
Medicina	32,298	37,198	115%
Ginecología	201,810	117,781	58%
Obstetricia	307,668	355,787	116%
Neonatología	143,538	131,643	92%
Otros (Convenios)	444	0	0%
Consulta	14,514	13,024	90%
Consulta Médica Especializada	14,514	13,024	90%
Emergencias	32,034	37,125	116%
Emergencias	32,034	37,125	116%
Mantenimiento Preventivo	198	303	153%
Números de Orden	198	303	153%
Transporte	19,998	22,843	114%
Kilómetros Recorridos	19,998	22,843	114%

VI. ACTIVIDADES DE GESTION

TABLA 20									
No.	Objetivo, Resultados, Actividades	Meta anual	Indicador	Medio de Verificación	Responsables	Programado	Realizado	%	Interpretación y análisis complementario
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 2021	Dirección / U. Planificación	1	1	100%	Se realizó en el último trimestre de 2020
1.1.2	Análisis de la oferta y capacidad instalada de tercer nivel en el hospital.	1	No.	POA 2021	Dirección / U. Planificación	1	1	100%	
1.1.3	Implementar Sala Situacional de Salud	12	No.	Informes	U. Epidemiología	6	5	83%	En marzo 2020 se inició la inclusión de datos epidemiológicos sobre COVID 19
1.1.4	Evaluación de resultados y cumplimiento de metas durante 2021.	4	No.	Informe trimestral	Dirección / Comité Médico Asesor	2	2	100%	Durante el semestre de enero a junio 2021, se han

1.1.4.1	Brindar Consulta ambulatoria especializada	77,484	%	SPME	Jefe de Consulta Externa	38,196	34,174	89%	logrado las metas sobre el 80% de desempeño, los servicios finales lograron 89% de desempeño, los servicios intermedios 86% y los servicios generales 97%. En hospitalización de las camas censables y no censables se alcanzó el 92% de desempeño con 75% en la producción de egresos y la producción de Laboratorio Clínico y Banco de Sangre.
1.1.4.2	Brindar consulta de emergencia especializada	39,792	%	SPME	Jefe de Emergencia	19,896	16,812	84%	
1.1.4.3	Brindar servicios especializados de hospitalización	42432	%	SPME	Jefe de la División Médica	20,970	19,321	92%	
1.1.4.4	Brindar servicios de apoyo diagnóstico y rehabilitación	471,204	%	SPME	Jefe de División de Diagnóstico y Apoyo	235,950	232,505	99%	
1.1.4.5	Brindar servicios de laboratorio y banco de sangre	508,296	%	SPME	Jefe de División de Diagnóstico y Apoyo	254,148	189,996	75%	
1.1.4.6	Brindar servicios de apoyo logístico y mantenimiento (Servicios Generales)	1920,216	%	SPME	Jefe de División Administrativa	960,108	932,513	97%	
1.1.5	Apertura Programática de tercer nivel de atención y programación de metas para 2021.	1	No.	SPME	U. Planificación	1	1	100%	Se realizó el tercer trimestre 2020
2	Objetivo: Contribuir al Desarrollo Infantil Temprano por medio de la atención especializada a la mujer y al recién nacido								

2.1	RESULTADO: Maternidad segura con atención especializada a la mujer embarazada								
2.1.1	Brindar atenciones especializadas en salud reproductiva (infertilidad + PF)	5,388	%	SPME	U. de Planificación	2,694	2,164	80%	Se ajustó la meta por reapertura de la Consulta Externa desde enero 2021.
2.1.2	Atención prenatal especializada a embarazos de alto riesgo.	10,992	%	SPME	U. de Planificación	5,496	5,128	93%	La consulta de control de embarazos de alto riesgo se priorizó en la consulta externa y se tuvo incremento de la demanda de los partos esperados.
2.1.3	Atención especializada de Perinatología	1,800	%	SPME	U. de Planificación	900	629	70%	
2.1.4	Atención especializada del parto	5496	%	SPME	U. de Planificación	2,748	2,870	104%	
2.1.5	Atención especializada de Puerperio	3,996	%	SPME	U. de Planificación	1,998	1,371	69%	En el servicio de puerperio disminuyó la demanda por parto espontáneo
2.1.6	Monitoreo de la morbilidad obstétrica extrema	100%	%	Registro de MOE	Unidad de Epidemiología /U. De Planificación	6	6	100%	Se creó Código verde para los casos sospechosos de COVID 19

2.1.7	Monitoreo mensual de la muerte materna	12	No.	SIMMOW	Unidad de Epidemiología /U. De Planificación	6	6	100%	A nivel institucional, MINSAL reporta una reducción de 8 muertes maternas en relación con el período de enero a junio de 2020 (de 26 a 18 muertes maternas) En el Hospital ocurrieron 8 muertes maternas, 5 menos que en 2020.
2.2	RESULTADO: Supervivencia neonatal con atención especializada a los recién nacidos								
2.2.1	Atención especializada a recién nacidos	4,337	%	SPME	U. Planificación	1,998	1,664	83%	El número total de muertes neonatales incrementaron en 19%. Dada la reducción de -20% en el número de egresos se
2.2.2	Monitoreo de la prematuridad y sus complicaciones	12	% de Variación	Informes	Depto. Neonatología	6	6	100%	

2.2.3	Monitoreo de las muertes perinatales y neonatales	12	% de Variación	Informes	Depto. Neonatología	6	6	100%	<p>incrementó la letalidad en 49%. 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. La sepsis como causa de muerte neonatal se ha reducido sustancialmente.</p>
-------	---	----	----------------	----------	---------------------	---	---	------	---

2.2.4	Referir recién nacidos para programa madre canguro a nivel nacional	100%	%	Informes	Depto. Neonatología	50	50	100%	Se reabrió la consulta externa desde enero 2021
2.2.5	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 de Neonatología	Informes	Depto. Neonatología	6	6	100%	En general, los índices de mortalidad se han reducido sustancialmente; sin embargo, los defectos neurológicos de los sobrevivientes pueden ser más serios con mayor frecuencia de secuelas neurológicas graves. Lo anterior justifica las evaluaciones oftalmológicas de los prematuros, el tamizaje auditivo,
2.2.6	Atención especializada en Cuidados Intensivos del recién nacido	50-80%	% de Ocupación	Informes	Depto. Neonatología	80	80	100%	
2.2.7	Atención especializada en Cuidados Intermedios del recién nacido	50-80%	% de Ocupación	Informes	Depto. Neonatología	80	80	100%	

2.2.8	Atención especializada en Cuidados Mínimos del recién nacido	50-80%	% de Ocupación	Informes	Depto. Neonatología	80	80	100%	tiroideo y las ultrasonografías Transfontanelares para detectar secuelas neurológicas que afectan de manera directa el neurodesarrollo de los recién nacidos.
2.2.9	Implementar programa de cirugía neonatal	100%	% de casos detectados Programa Patología Fetal	Informes	Depto. Neonatología	100	100	100%	Se han realizado cirugías cardiovasculares para reparar comunicaciones interventriculares y ligaduras de ductus arterioso persistente, cierre de onfalocele y reparos de gastrosquisis.
3	Objetivo: Mejorar la salud de la mujer mediante la Atención Oncológica Integral, con enfoque de curso de vida.								
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	9,000	%	SPME	Médico encargado del programa	4,500	3,863	86%	El número de quimioterapias contra cáncer se ha duplicado desde 2017 (enero-junio), que tuvo 1,329 a 2,743 en 2021, lo cual representa un valor agregado en el tratamiento gracias a la consulta externa especializada, como hospital de día, y al servicio de hospitalización en Oncología.
3.1.2	Brindar tratamiento quirúrgico y quimioterapia a personas con diagnóstico de cáncer	1,992	%	SPME	Médico encargado del programa	996	438	44%	
3.1.3	Brindar cuidados paliativos a personas en servicios de Algología	1200	%	Registros	Médico encargado del programa	600	546	91%	
4	OBJETIVO: Mejorar la calidad de la fuerza laboral con altos estándares de desempeño y bioética asistencial								
4.1	Resultado: Médicos especialistas en Ginecología/ obstetricia, Neonatología y Oncología con alta calidad técnico-científica y con un perfil firme en principios éticos y morales								
4.1.1	Revisar y actualizar el plan académico	1	plan académico actualizado	Document o escrito	Coordinador académico	1	1	100%	Se han enriquecido los temas asistenciales

									según pertinencia en la demanda.
4.1.2	Elaborar programación mensual de temas a discutir con médicos residentes de subespecialidad para ejecutar el programa	10	programaciones realizadas	programación escrita	Coordinador académico	6	6	100%	Se han modernizado todas las actividades académicas por medio de tecnologías digitales
4.1.3	Ejecutar el Plan de enseñanza del Departamento	10	Resultados enviados	Documento escrito	Coordinador académico	6	6	100%	
4.1.4	Supervisión capacitante facilitadora a personal en proceso de aprendizaje y monitoreo de la eficacia de las actividades de especialización	100%	%	Informes de supervisión, Registros clínicos	Coordinador académico/ Jefe de Residentes	6	6	100%	
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	Médicos encargados de investigación y la unidad de investigación	11	11	100%	

No.	Objetivo, Resultados, Actividades	Meta anual	Indicador	Medio de Verificación	Responsables	ENERO-JUNIO			Supuestos/Factores Condicionantes para el éxito en el cumplimiento de los resultados esperados o metas
						Prog	Realiz	%	
5	Objetivo: Controlar los factores de riesgo que impactan la salud de la mujer y el recién nacido desde la gestión de la salud ambiental dentro del hospital y el medio ambiente, como parte de la promoción de la salud en el hospital.								
5.1	Elaboración y evaluación de PAO 2020	1	PAO Elaborada	PAO 2020	Saneamiento Ambiental	1	1	100%	Registro incompleto de actividades en tabulador diario.
5.2	Resultado esperado: Calidad de agua para el consumo humano.								
5.2.1	Inspección al sistema de abastecimiento de agua intrahospitalario	12	Numero de supervisiones programadas	Informes, Estándar 24 de agua.	Saneamiento Ambiental.	6	6	100%	Eventos o actividades fuera del Hospital (Capacitaciones, reuniones, talleres, etc.)
5.2.2	Toma y envió de muestras microbiológicas	24	Numero de muestras programadas.	Hojas de cadena de custodia, Informes emitidos por LNR.	Saneamiento Ambiental.	12	16	133%	Lecturas de cloro fuera de norma, inexistencia de frascos para toma de muestras, entrega de muestras en horario y día no asignado.
5.2.3	Toma y envió de muestras fisicoquímicas de agua potable	2	Numero de muestras programadas.	Hojas de cadena de custodia, Informes emitidos por LNR.	Saneamiento Ambiental.	1	1	100%	

5.2.4	Toma y envió de muestras traza de metales de agua potable	2	Numero de muestras programadas.	Hojas de cadena de custodia, Informes emitidos por LNR.	Saneamiento Ambiental.	1	1	100%	
5.2.5	Toma y envió de muestras de pozo	3	Numero de muestras programadas.	Hojas de cadena de custodia, Informes emitidos por LNR.	Saneamiento Ambiental.	2	3	150%	
5.2.6	Lecturas de cloro residual	720	Numero de lecturas de cloro diaria	Bitácoras de lecturas de cloro diario.	Saneamiento Ambiental.	360	342	95%	Inexistencia de reactivo para las lecturas de cloro.
5.3	Resultado esperado: Vigilancia de aguas residuales de tipo ordinaria y especial.								
5.3.1	Vigilancia sanitaria a la PTAR	12	Numero de supervisiones programadas	Reportes de la empresa de la APK.	Saneamiento Ambiental.	6	6	100%	Eventos o actividades fuera del Hospital (Capacitaciones, reuniones, talleres, etc.)
5.4	Resultado esperado: Seguridad en el manejo de desechos bioinfecciosos y sustancias químicas.								
5.4.1	Supervisiones de áreas generadoras de DB	12	Numero de supervisiones programadas	Informes, Estándar 23 de Desechos Bioinfecciosos.	Saneamiento Ambiental.	6	6	100 %	Eventos o actividades fuera del Hospital (Capacitaciones, reuniones, talleres, etc.)
5.4.2	Supervisión a las áreas que almacenan sustancias químicas.	4	Numero de supervisiones programadas	Informes	Saneamiento Ambiental.	2	2	100 %	

5.5 Resultado: Vigilancia a sitios de alta concurrencia con vigilancia sanitaria									
5.5.1	Supervisión a Morgue Hospitalaria	2	Numero de supervisiones programadas	Ficha de evaluación, Informes	Saneamiento Ambiental.	1	0	0%	Eventos o actividades fuera del Hospital (Capacitaciones, reuniones, talleres, etc.)
5.5.2	Manejo de cadáveres por COVID-19	Fallecidas por COVID-19	Hoja de autorización de traslado de cadáver por COVID 19	Saneamiento Ambiental	12	3	2	67%	
5.6 Resultado esperado: Vigilancia y control de alimentos.									
5.6.1	Envió de muestras microbiológicas (Leche maternizada)	36	Numero de muestras programadas.	Hojas de cadena de custodia, Informes emitidos por LNR.	Saneamiento Ambiental.	18	22	166%	Entrega de muestras en horario y día no asignado.
5.6.2	Envió de muestras microbiológicas de leche en lata por entrada de lote.	4	Numero de muestras programadas.	Hojas de cadena de custodia, Informes emitidos por LNR.	Saneamiento Ambiental.	2	5	200%	
5.6.3	Supervisión cafetines dentro del hospital	8	Numero de supervisiones programadas	Instrumento de inspección, Informes	Saneamiento Ambiental.	4	3	150%	Eventos o actividades fuera del Hospital (Capacitaciones, reuniones, talleres, etc.)
5.7 Resultado esperado: Vigilancia y control del dengue.									

5.7.1	Chequeo entomológico	12	Numero de chequeos entomológicos programados	Instrumento de inspección	Saneamiento Ambiental.	3	3	100%	Falta de insumos para las campañas (abate, material educativo).
5.7.2	Campañas de abatización	2	Numero de campañas programadas	Chequeos entomológicos.	Saneamiento Ambiental y CSSO.	1	0	0%	
5.8	Resultado esperado: Vigilancia de otras actividades de salud ambiental.								
5.8.1	Atención a denuncias	3	Número de denuncias atendidas	Notas de denuncias, Informes	Saneamiento Ambiental.	1	0	0%	Información incompleta para realizar acciones de prevención
5.8.2	Capacitaciones internas	3	Numero de capacitaciones programadas	Lista de asistencia	Saneamiento Ambiental, Comité de Gestión Ambiental, CSSO, UOC, otros.	1	3	150%	Inasistencia de personal asignado, cambio de programación del uso del auditorio.
5.8.3	Capacitaciones externas	2	Numero de capacitaciones programadas	Lista de asistencia	Saneamiento Ambiental, Comité de Gestión Ambiental, CSSO, UOC, otros.	1	1	100%	
5.8.4	Reuniones con comités.	24	Numero de reuniones programadas.	Acta de reuniones	Saneamiento Ambiental, Comité de Gestión Ambiental, CSSO, UOC, otros.	6	1	17%	Inasistencia de los integrantes del comité

No.	Objetivo, Resultados, Actividades	Meta anual	Indicador	Medio de Verificación	Responsables	1er. Trimestre			Supuestos/Factores Condicionantes para el éxito en el cumplimiento de los resultados esperados o metas
						Prog	Realiz	%	
6	Objetivo: Brindar un mantenimiento sostenible en los ambientes laborales para la seguridad de población usuaria y personal								
6.1	Resultado esperado: Funcionamiento óptimo de la infraestructura y equipo del hospital								
6.1.1	Reparar el Sistema contra Incendios del Hospital.	1	No.	Informe de avance	División Administrativa			0%	Pendiente de asignación financiera.
6.1.2	Gestionar la mejora y el mantenimiento preventivo de los elevadores del hospital	11	No.	Informe de avance	División Administrativa	11	11	100%	Reparación completada por contrato de mantenimiento
6.1.3	Gestionar equipos para el Centro de Esterilizaciones	1	No.	Informe de adquisición	División Médica			0%	Pendientes de asignación financiera
6.1.4	Gestionar personal y equipo para el Servicio de Arsenal	1	No.	Informe de adquisición	División Médica			0%	
6.1.5	Mejorar el funcionamiento del Sistema de Energía Eléctrica, Plantas de Emergencia, UPS centrales y Paneles de Transferencia	1	No.	Informe de adquisición	Dirección/ División Administrativa			0%	Gestión y coordinación interinstitucional efectiva a partir del tercer trimestre.
6.1.6	Adquisición de transporte colectivo para el personal	1	No.	Informe de adquisición colectivo	Dirección/ División Administrativa	1	1	100 %	Funcionando

No.	Objetivo, Resultados, Actividades	Meta anual	Indicador	Medio de Verificación	Responsables	1er. Trimestre			Supuestos/Factores Condicionantes para el éxito en el cumplimiento de los resultados esperados o metas
						Prog	Realiz	%	
7	Objetivo: Desarrollo de innovaciones tecnológicas para mejorar la gestión clínica y administrativa del hospital								
7.1.	Resultado esperado: Tecnologías de información y comunicación desarrolladas para mejorar la eficiencia institucional y la calidad de la atención a usuarios internos y externos.								
7.1.1.	Implementar la comunicación virtual con madres usuarias de Método Canguro según demanda.	100 %	%	Informe de avance	Médico especialista encargado de programa	100	100	100%	Se cuenta con personal técnico para la aplicación de comunicación virtual y la participación de personal multidisciplinario materno infantil.
7.1.2.	Implementar las teleconferencias para capacitación de personal y conexión virtual según convocatorias de MINSAL.	40	No.	Informe de avance	Unidad de Desarrollo Profesional.	24	24	100%	Se cuenta con personal técnico para la aplicación de comunicación virtual.